



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

Valoración clínica y calidad de los registros de enfermería en cuidados intensivos

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Intensivista

AUTOR

Yovana Gómez Paima

LIMA – PERÚ
2014

**VALORACION CLINICA Y CALIDAD DE LOS REGISTROS DE
ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

*A DIOS: por mostrarme el camino
hacia el servicio y cuidado de mis
pacientes.*

*A mis padres por su amor, apoyo
incondicional, y por el empuje que
siempre me han dado, para
conseguir las metas que me he
trazado en mi vida profesional.*

*A esta casa superior de estudios por
brindarme las armas para mejorar mi
competitividad. A los docentes que me
encaminaron en el desarrollo de este
trabajo de investigación.*

Agradezco al Hospital Nacional Docente Madre Niño
“San Bartolomé” cuyas autoridades me permitieron
ejecutar el presente trabajo de Investigación.

INDICE

	Pág.
Índice de Gráficos	vi
Resumen	viii
Presentación	1
CAPITULO I. INTRODUCCION	
1.1. Situación Problemática	3
1.2. Formulación del Problema	6
1.3. Justificación	6
1.4. Objetivos	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos Específicos	8
1.5. Propósito	8
CAPITULO II. MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes	10
2.2. Base Teórica	15
2.3. Definición Operacional de Términos	34
CAPÍTULO III. METODOLOGIA	
3.1. Tipo y Diseño de la Investigación	35
3.2. Lugar de Estudio	35
3.3. Población de Estudio	35
3.4. Criterios de Selección	36
3.4.1. Criterios de Inclusión	36
3.4.2. Criterios de Exclusión	36
3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	36
3.6. Procedimiento para el Análisis e Interpretación de la Información	36
3.7. Consideraciones Éticas	37
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION	
4.1. Resultados	38
4.2. Discusión	49
CAPITULO V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	60
5.2. Limitaciones	64
5.3. Recomendaciones	64
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	65
BIBLIOGRAFIA	68
ANEXOS	

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N°		Pág.
1	Valoración Clínica del Profesional de Enfermería en el Servicio de Cuidados Críticos de la Mujer. Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” Lima – Perú 2012	39
2	Calidad de los Registros de Enfermería en el Servicio de Cuidados Críticos de la Mujer. Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” Lima – Perú 2012	40
3	Valoración Clínica General del Profesional de Enfermería en el Servicio de Cuidados Críticos de la Mujer. Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” Lima – Perú 2012	41
4	Valoración Clínica Neurológica del Profesional de Enfermería en el Servicio de Cuidados Críticos de la Mujer. Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” Lima – Perú 2012	42
5	Valoración Clínica Cardiológica del Profesional de Enfermería en el Servicio de Cuidados Críticos de la Mujer. Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” Lima – Perú 2012	43
6	Valoración Clínica Respiratoria del Profesional de Enfermería en el Servicio de Cuidados Críticos de la Mujer. Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” Lima – Perú 2012	44

GRAFICO N°		Pág.
7	Valoración Clínica Gastrointestinal-Nutricional del Profesional de Enfermería en el Servicio de Cuidados Críticos de la Mujer. Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” Lima – Perú 2012	45
8	Valoración Clínica Renal, Metabólica y de los Órganos Reproductivos del Profesional de Enfermería en el Servicio de Cuidados Críticos de la Mujer. Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” Lima – Perú 2012	46
9	Calidad de los Registros de Enfermería en la dimensión Estructura en el Servicio de Cuidados Críticos de la Mujer. Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” Lima – Perú 2012	47
10	Calidad de los Registros de Enfermería en la dimensión Contenido en el Servicio de Cuidados Críticos de la Mujer. Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” Lima – Perú 2012	48

RESUMEN

AUTOR : GÓMEZ PAIMA, YOVANA
ASESOR : HUAMAN SALAZAR, NANCY

El estudio tuvo como objetivo determinar la valoración clínica y la calidad de los registros de enfermería. Material y Método. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal retrospectivo. La muestra fue de 30 Historias clínicas. La técnica fue el análisis documental y los instrumentos fueron las hojas de registro, aplicados previa autorización de la institución. Resultados. Sobre la Valoración Clínica del 100% (30), 63.33% (19), son aceptables y 36.67% (11) por mejorar. En cuanto a la calidad de los registros de enfermería, 53.33% (16), son aceptables y 46.67% (14) por mejorar. Conclusiones. Acerca de la Valoración Clínica, se concluye que el mayor porcentaje de historias clínicas revisadas son aceptables, pues registran los nombres y apellidos completos, diagnóstico de ingreso, temperatura corporal, grado de dependencia, puntuación con la escala de Glasgow, presión arterial, frecuencia y ritmo cardíaco, resultado de EKG, frecuencia y características de la respiración, saturación de oxígeno, ingresos y egresos en forma horaria, características de la orina, balance hídrico anterior y acumulado. Respecto a la calidad de los registros de enfermería, en el estudio se puede concluir que el mayor porcentaje es aceptable ya que se registran los nombres y apellidos completos, historia clínica, uso de lapicero de acuerdo al turno, la expresión gramatical es adecuada y usa terminología médica, el registro es exacto (00:00 a 24:00 horas), se encuentra el sello y firma de la enfermera de turno, se realiza una anotación de enfermería al iniciar el turno para evaluar las necesidades del paciente, registra los diagnósticos de enfermería NANDA, realiza el plan de cuidados de enfermería, se registran las reacciones adversas a los medicamentos y los acontecimientos críticos son detallados.

PALABRAS CLAVES. Valoración Clínica, Registros de Enfermería, Cuidados Intensivos, Calidad.

SUMMARY

AUTHOR : GÓMEZ PAIMA, YOVANA

ADVISORY : HUAMAN SALAZAR, NANCY

The study had as objective to determine the clinical valuation and the quality of the infirmary registrations. Material and Method. The study is of level applied, quantitative type, descriptive method of retrospective traverse court. The sample was of 30 clinical Histories. The technique was the documental analysis and the instruments were the registration leaves, applied previous authorization of the institution. Results. About the Clinical Valuation of 100% (30), 63.33% (19), they are acceptable and 36.67% (11) to improve. As for the quality of the infirmary registrations, 53.33% (16), they are acceptable and 46.67% (14) to improve. Conclusions. About the Clinical Valuation, you concludes that the biggest percentage of revised clinical histories is acceptable, because they register the names and complete last names, I diagnose of entrance, corporal temperature, dependence grade, punctuation with the scale of Glasgow, arterial pressure, frequency and heart rhythm, result of EKG, frequency and characteristic of the breathing, oxygen saturation, revenues and expenditures in form schedule, characteristic of the urine, balance previous and accumulated. Regarding the quality of the infirmary registrations, in the study you can conclude that the biggest percentage is acceptable since they register the names and complete last names, clinical history, pencil use according to the shift, the grammatical expression is adapted and it uses medical terminology, the registration it is exact (00:00 at 24:00 hours), he/she is the stamp and the shift nurse's signature, he/she is carried out an infirmary annotation when beginning the shift to evaluate the patient's necessities, it registers the infirmary diagnoses NANDA, he/she carries out the plan of infirmary cares, they register the adverse reactions to the medications and the critical events are detailed.

KEY WORDS. Clinical valuation, Registrations of Infirmary, Intensive Cares, Quality.

PRESENTACION

Los registros de enfermería son el soporte documental donde queda toda la información sobre la valoración, tratamiento recibido y evolución de una persona. Las investigaciones destacan la importancia de realizar dichos registros acorde a los servicios prestados, los cuales deben ser adecuados actualizados y permanentes capaces de avalar la calidad y continuidad de los cuidados de enfermería.

Las hojas de valoración y los registros de enfermería en la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer contienen información sobre el progreso del paciente y es un referente para el equipo de salud. Constituye un documento de valor administrativo y legal en el cual se evidencia el cuidado de enfermería.

Al realizar los registros del cuidado, se debe consignar toda la información relativa al paciente y resumir todos los procesos a los que ha sido sometido durante el turno, tanto para constatar su actuación, como para facilitar el posible seguimiento por parte de otros colegas; por consiguiente está obligado a extremar el rigor de su contenido, es decir registrar lo que se pensó, dijo o se hizo acerca del paciente. De ahí se deriva su importancia al intentar describir el problema del paciente, orientar la terapéutica, poseer un contenido científico investigativo, adquirir carácter docente, ser un importante elemento administrativo y finalmente tener implicaciones legales.

En la medida en que los profesionales de enfermería den visibilidad a la forma como contribuyen al bienestar del paciente y puedan recuperar y analizar datos de su práctica, tendrán cada vez más herramientas para entrar y demostrar que los cuidados de enfermería marcan una diferencia.

El presente estudio titulado “Valoración Clínica y Calidad de los Registros de Enfermería en Cuidados Intensivos”, realizado en el Servicio de Cuidados Críticos de la Mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San

Bartolomé”, tuvo como objetivo determinar la valoración clínica y la calidad de los registros de enfermería en Cuidados Intensivos que realiza el profesional de enfermería en el servicio de cuidados críticos de la mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”. Con el propósito de proporcionar información actualizada acerca de los procesos que realiza el profesional de enfermería a fin de diseñar proyectos de mejora continua de la calidad las cuales nos permitirán mejorar las competencias del profesional de enfermería en la valoración clínica del paciente en las que se considere una información completa para la toma de decisiones y el tratamiento oportuno. Las cuales deben de estar enmarcadas en normas establecidas por la institución y el Colegio Nacional de Enfermeros, ya que el Registro de las Actividades y apreciaciones del profesional de enfermería, brindan información relevante acerca del quehacer diario de la enfermera y el contar con registros adecuados que permita proporcionar cuidados eficaces y eficientes a la población que atendemos.

El estudio consta de Capítulo I. Introducción, que consta de situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito; Capítulo II. Marco Teórico, que consta de antecedentes, bases teóricas y definición operacional de términos. Capítulo III. Metodología, que consta de tipo y diseño de la investigación, lugar de estudio, población de estudio, criterios de selección, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos para el análisis e interpretación de la información y consideración éticas. Capítulo IV. Resultados y Discusión. Capítulo V. Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1.SITUACION PROBLEMÁTICA

En los últimos años se ha incluido en la agenda mundial y nacional aspectos relacionados a la salud, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, entre otros, que buscan mejorar la calidad de atención en salud a los usuarios.

Dentro del Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú en el Capítulo III La Enfermera(o) y el Ejercicio Profesional en el Artículo 27º. “La enfermera(o) debe ser objetiva y veraz en sus informes, declaraciones, testimonios verbales o escritos, relacionados con su desempeño profesional”. Artículo 28º. “Los registros de Enfermería deben ser claros, precisos, objetivos, sin enmendaduras, y realizados por la enfermera(o) que brinda el cuidado debiendo registrar su identidad”. (1)

La valoración clínica y los registros de enfermería son la materia prima para el procesamiento de datos los cuales son un conjunto ordenado de métodos, recursos, procedimientos, diseñados para facilitar el diagnóstico y tratamiento, los actuales son seleccionados y organizados en base a las necesidades del paciente para solucionar sus problemas de salud.

Los registros de enfermería son testimonios documentales sobre los actos y conductas de los profesionales, donde queda recopilada para la información sobre la actividad de enfermería dirigida al paciente, así como su tratamiento y su evolución. Garantiza la continuidad de los cuidados y evalúa el desempeño ajustado a estándares concretos. (2)

La Valoración clínica y los registros de enfermería forman parte del trabajo que desarrolla la enfermera, las cuales se consideran como la piedra angular del quehacer, el cual nos va a permitir realizar los diagnósticos de enfermería adecuados y brindar un plan de cuidados de acuerdo con los requerimientos del paciente. La valoración que se realiza al paciente para identificar las

alteraciones que ponen en riesgo su vida, debe de estar incluido en los registros de enfermería para deslindar responsabilidades en casos judiciales.

La evidencia del cuidado enfermero queda documentada en los diferentes formatos diseñados e implementados por la enfermera, con la finalidad de que el proceso de atención de enfermería sea continuo, oportuno, seguro y humano previniendo riesgos en los usuarios y asegurando la calidad del cuidado. Los registros de enfermería contienen información sobre el progreso del paciente y es un referente para el equipo de salud. Constituye un documento de valor administrativo y legal.

El sistema rutinario de notas y de intercambio de información al final del turno se contraponen con la precisión y oportunidad; se observan notas narrativas imprecisas e inadecuadas, cuyo contenido y formas son tan variadas como el personal que las consigna, en el informe de cambio de turno se transfieren datos de enfermería necesarios para la continuidad de la atención mediante comunicación verbal directa que pocas veces pasan a formar parte de la historia del paciente, de igual forma se registran un conjunto de datos para otras personas, pero los datos de enfermería relativos al estado de los pacientes que podrían indicar problemas, guiar la selección de intervenciones y mostrar el logro de resultados buscados, permanecen no registrados o irrecuperables y por lo tanto, invisibles.

Las anotaciones de enfermería son variadas, complejas y consumen tiempo. Estudios realizados reflejan que las enfermeras pasan entre 35 y 140 minutos escribiendo, por turno, lo cual genera disminución de las actividades a realizar por paciente. Lógicamente, la gravedad del estado del paciente deberá determinar el tiempo que se dedica al registro, sin embargo, en la realidad la enfermera pasa la mayor parte del tiempo repitiendo las anotaciones de los cuidados y observaciones de rutina. Como resultado de todo ello, con mucha frecuencia quedan sin anotar importantes observaciones y diálogos específicos, por falta de tiempo. Además, es posible que pase por alto una importante información escrita, ya que los médicos y enfermeras no leen con regularidad las notas de evolución de enfermería. (3)

En estudios a nivel nacional, realizados en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, se obtuvieron los siguientes resultados: del 100% de los registros evaluados el 60.7% (364) son “aceptables”, del 100% (200) de las notas de enfermería revisadas el 75% (150) son de calidad “aceptable”. (4).

Asimismo en el Servicio de Cardiología en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins se concluyó que el porcentaje de anotaciones de enfermería registradas adecuadamente es más del 50%, siendo estadísticamente significativo y mayor a las anotaciones inadecuadas. (5)

En el Hospital Regional de Ayacucho se obtuvieron los siguientes resultados: del 100% de los registros evaluados el 66.7% (52) tienen deficiente calidad, seguido del 33.3% (26) son de buena calidad, concluyendo que la calidad de las anotaciones de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho, en un porcentaje considerable son de deficiente calidad, referido a que no coloca el cargo, existe espacios en blanco, no registra el motivo por el cual no administra tratamiento (6).

En el Servicio de Medicina del Hospital Rezola Cañete, se obtuvieron los siguientes resultados: del 100% de las anotaciones evaluadas el 71% (75) están completas, seguido del 29% (22) están incompletas. (7)

En el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” se brinda atención al binomio madre niño, este nosocomio cuenta con diferentes servicios de acuerdo a la patología del paciente, en ocasiones surgen complicaciones las cuales tienen un manejo más especializado por lo que son derivados a las áreas críticas, es allí donde los pacientes ingresan al servicio de Cuidados Críticos de la Mujer la cual brinda atención a las mujeres en edad fértil, gestantes y puerperas con patológicas que ponen en riesgo su vida. Dentro de la valoración que realiza el personal de enfermería este debe realizarse de forma minuciosa ya que en relación a los hallazgos encontrados se realiza el plan de cuidados de acuerdo a las necesidades de las pacientes. La problemática radica en que a la par de realizar la valoración también se

realizan las actividades las cuales se reportan en la entrega de turno, pero en algunos casos estos datos valiosos no son plasmados en las historias clínicas, lo que ocasiona que el trabajo de enfermería no se visualice. Al analizar el reporte escrito que realiza el personal de enfermería en las historias clínicas se observa que hay algunos ítems que se encuentran incompletos o que no fueron registrados los cuales genera que en algunas ocasiones se dupliquen las actividades ya que están no están escritas, esta investigación nos permite identificar cuáles son los puntos críticos dentro de la valoración y registro de enfermería el cual nos permitirá realizar proyectos de mejora continua de la calidad, mejorando la atención y optimizando el tiempo empleado en el registro de enfermería.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto se creyó necesario realizar el estudio sobre:

¿Cuál es la Valoración Clínica y la Calidad de los Registros de Enfermería en Cuidados Intensivos que realiza el Profesional de Enfermería en el Servicio de Cuidados Críticos de la Mujer, Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”. 2012?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Los registros de enfermería forman parte del trabajo que desarrolla la enfermera en su labor asistencial dando atención a las necesidades de cuidados de la población, por ello, los profesionales, debemos ser conscientes de su importancia, relevancia, y las repercusiones tanto a nivel profesional, fomentando el desarrollo de la profesión, a nivel legal, conociendo la legislación y las responsabilidades que debemos asumir en el trabajo diario.

Sin embargo persiste un amplio grupo que no deja constancia escrita de sus intervenciones, más aún, cataloga esta actividad como “papeleo” y carga administrativa que se añade a sus funciones; argumentos que posiblemente pueden ocultar la falta de habilidad para documentar su trabajo por poca

experiencia, desconocimiento del lenguaje adecuado o debido a un modelo de formación académica subordinado a otras profesiones donde se espera que otros los realicen. La ausencia de registros de los cuidados que se brindan a un paciente, puede entenderse como una falta legal, ética y profesional, que pone en duda si el profesional de enfermería está asumiendo o no la responsabilidad de sus intervenciones como también de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión.

Al realizar un registro del cuidado, debe consignarse toda la información del turno relativa a un paciente y resumir todos los procesos a que ha sido sometido, tanto para constatar su actuación, como para facilitar el posible seguimiento por parte de otros colegas; por consiguiente está obligado a extremar el rigor de su contenido, es decir registrar lo que se pensó, dijo o se hizo acerca del paciente. De ahí se deriva su importancia: intentar describir el problema del paciente, orientar la terapéutica, poseer un contenido científico investigativo, adquirir carácter docente, ser un importante elemento administrativo y finalmente tener implicaciones legales. En la medida en que los profesionales de enfermería den visibilidad a la forma como contribuyen al bienestar del paciente y puedan recuperar y analizar datos de su práctica, tendrán cada vez más herramientas para demostrar que los cuidados de enfermería marcan una diferencia y la forma como la producen.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVOS GENERALES

Determinar la Valoración Clínica del profesional de enfermería en el servicio de cuidados críticos de la mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”. 2012

Determinar la Calidad de los Registros de Enfermería del profesional de enfermería en el servicio de cuidados críticos de la mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”. 2012

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar la valoración clínica general del profesional de enfermería en el servicio de cuidados críticos de la mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”
- ✓ Identificar la valoración clínica neurológica del profesional de enfermería en el servicio de cuidados críticos de la mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”
- ✓ Identificar la valoración clínica cardiológica del profesional de enfermería en el servicio de cuidados críticos de la mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”
- ✓ Identificar la valoración clínica respiratoria del profesional de enfermería en el servicio de cuidados críticos de la mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”
- ✓ Identificar la valoración clínica gastrointestinal – nutricional del profesional de enfermería en el servicio de cuidados críticos de la mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”
- ✓ Identificar la valoración clínica renal, metabólica y órganos reproductivos del profesional de enfermería en el servicio de cuidados críticos de la mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”
- ✓ Identificar la calidad de los registros de enfermería en la dimensión estructura en el servicio de cuidados críticos de la mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”
- ✓ Identificar la calidad de los registros de enfermería en la dimensión contenido en el servicio de cuidados críticos de la mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”

1.5. PROPOSITO

Los resultados del estudio están orientados a proporcionar información actualizada a las autoridades y al Servicio de Cuidados Críticos a fin de proponer la elaboración de proyectos de mejora continua de la calidad las cuales contribuirán a mejorar las competencias del profesional de enfermería

en la valoración clínica del paciente en las que se considere una información completa para la toma de decisiones y el tratamiento oportuno. Las cuales deben de estar enmarcadas en las normas establecidas por la institución y el Colegio Nacional de Enfermeros, ya que el Registro de las Actividades y apreciaciones del profesional de enfermería, brindan información relevante acerca del quehacer diario de la enfermera y el contar con registros adecuados que permita proporcionar cuidados eficaces y eficientes a la población que atendemos.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

A Nivel Internacional:

Ramos-Silva, Elizabeth; Nava-Galán, María Guadalupe; San Juan, Daniel, en México, el 2011, realizaron un estudio sobre el “Conocimiento y Percepciones de la Adecuada Complementación de los Registros de Enfermería en un Centro de Tercer Nivel”; cuyo objetivo fue describir la percepción, el conocimiento, el estado actual y los factores que influyen en la complementación de los registros de enfermería en un centro de tercer nivel de un país en vías de desarrollo. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal: la población estuvo conformado por 100 registros de enfermería; la técnica fue la entrevista. Las conclusiones fueron que falta conocimiento de los requisitos mínimos indispensables para la cumplimentación de los registros de enfermería, lo que se refleja en las deficiencias encontradas en las historias clínicas. La carga de trabajo percibida es un factor importante que influye en la cumplimentación de los registros de enfermería. (8)

Paz Wilches, Madonia Isabel, en Colombia, el 2006, realizó un estudio sobre la “Validación del Formato Proceso de Atención de Enfermería Estandarizado en el Área Crítica de una Institución de Salud”; cuyo objetivo fue desarrollar y validar el formato Proceso de Atención de Enfermería Estandarizado (PAE) en el área crítica de una institución de Salud de Barranquilla, con el fin de utilizarlo como un indicador de calidad de procesos. El método fue descriptivo prospectivo transversal; la población estuvo conformado por enfermeras que laboraban en el área crítica de una institución de Salud de Barranquilla; la técnica fue la auditoria y el instrumento es la guía de seguimiento. La conclusión fue que la implementación del Proceso de Atención de Enfermería Estandarizado permitió la reestructuración y adaptación de esta herramienta

de trabajo a la epidemiología institucional y al Sistema de Salud. Las estrategias desarrolladas a través del comité de Procesos de Enfermería permitieron mejorar la práctica logrando rigor metodológico y científico. (9)

García, Silvia - Meza, Angélica, en Argentina, el 2003, realizó un estudio sobre el “Análisis de los Informes de Enfermería de los Hospitales Públicos de la Ciudad de Corrientes”; cuyo objetivo fue conocer las actividades de Enfermería que se registran en los documentos, entendiendo por actividad cualquier tratamiento de cuidados directo que realice una enfermera en beneficio de un paciente, tanto si la iniciativa para realizarlo parte de una orden médica como si es una decisión independiente del profesional de enfermería. El método fue descriptivo de corte transversal retrospectivo; la población estuvo conformada por 1500 historias clínicas del periodo 2003; la técnica fue el análisis documental. Las conclusiones fueron que se observó una escasez de estudio de rigor metodológico suficiente para proporcionar resultados fiables, la ausencia de un lenguaje común para evaluar la calidad de los cuidados de enfermería. Se puede resaltar que existe en general poco hábito de registrar las actividades propias de Enfermería, falta concientizar acerca de la importancia de registrar sus actividades por las implicaciones en el tema de la calidad de los cuidados, aspectos legales y medición del producto enfermero. (10)

Chaparro Díaz, Lorena y García Urueña, Diana Carolina, en Colombia el 2003, realizaron un estudio sobre los “Registros del Profesional de Enfermería como Evidencia de la Continuidad del Cuidado”; cuyo objeto fue responder qué registra el profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado en los servicios de hospitalización de una institución prestadora de servicios de salud de II nivel. El método fue descriptivo de corte transversal; la población estuvo conformada por 124 historias clínicas; la técnica fue el análisis documental y el instrumento que se utilizó fue lista de chequeo de los registros de enfermería. Las conclusiones fueron que hay poca pertenencia con los registros realizados por la enfermera por la carencia de los criterios de diligenciamiento ético-legales. (11)

A Nivel Nacional:

Valverde Mamani, Angélica, en Lima, el 2013, realizó un estudio sobre la “Calidad de los Registros de Enfermería elaborado por las enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional de Salud del Niño 2009”; cuyo objetivo fue determinar la calidad de los registros de enfermería elaborado por las enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional de Salud del Niño 2009. El método fue descriptivo de corte transversal retrospectivo; la población estuvo conformada por 54 registros de enfermería; la técnica fue el análisis documental y el instrumento fue la hoja de registro. Las conclusiones acerca de la calidad de los registros de enfermería elaborados por las enfermeras en centro quirúrgico en su mayoría es media a baja referido a que el formato a pesar de estar basado en la estructura del SOAPIE, no permite un registro adecuado de información en los datos subjetivos se registran datos relevantes incompletos que la enfermera menciona al momento de recepción del paciente, en el planteamiento la enfermera no formula objetivos, no consignan el diagnóstico de enfermería, no registran los datos subjetivos, análisis e interpretación, intervenciones, plan u objetivos, ni evaluación, y un mínimo porcentaje lo considera alto respecto a que registra en las intervenciones el monitoreo de signos vitales y los datos de filiación del paciente, un registro legible y claro, no presenta enmendaduras ni borrones, presenta la fecha y hora de registros por turnos. (12)

Vallejos Acevedo, Lila Karina, en Lima, el 2010, realizó un estudio sobre la “Evaluación de las Anotaciones de Enfermería en el Servicio de Cardiología en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”; cuyo Objetivo fue Evaluar el contenido de las anotaciones de enfermería en el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. El Método fue descriptivo No Experimental, prospectivo; la población estuvo conformada por 40 anotaciones de Enfermería elaboradas en los meses de abril – octubre del 2007; la técnica fue la Observación y el instrumento fue la lista de chequeo. Las Conclusiones fueron las anotaciones de enfermería son registradas adecuadamente, al evaluar por componente en el área física las anotaciones

de enfermería tenían un registro inadecuado. Al analizar el área de psicología las anotaciones de enfermería se registraron y mencionaron adecuadamente, al valorar criterios de elaboración, con respecto a los datos de filiación que registra la enfermera tiene un adecuado en el llenado. (13)

Manco Malpica, Antonia Maribel, en Cañete, el 2010, realizó un estudio sobre las “Características de las Anotaciones de Enfermería en el Servicio de Medicina del Hospital Rezola Cañete”; cuyo Objetivo fue Determinar las características de las anotaciones de enfermería en el servicio de Medicina en el Hospital Rezola – Cañete en los meses de mayo – junio 2010. El Método fue descriptivo de corte transversal; la población estuvo conformada por 128 anotaciones de enfermería elaboradas en el servicio de medicina; la técnica fue el análisis documental y el instrumento fue la hoja de registro. Las Conclusiones fueron que las anotaciones de enfermería en el Hospital Rezola – Cañete en un porcentaje considerable se evidencia una atención completa, porque registra las funciones vitales, coloca nombre y apellido del paciente, registra los datos objetivos, pero existe un porcentaje de anotaciones incompletas y están dado porque no mencionan el motivo por el cual no se administró el tratamiento, no registra cuidados relacionados en el área emocional y no coloca firma y sello del profesional. (14)

Palomino Zarate, Briditt, en Lima, el 2009, realizó un estudio sobre la “Calidad de las Anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho”; cuyo objetivo fue determinar la calidad de las anotaciones de las enfermeras del Hospital Regional de Ayacucho. El método fue descriptivo de corte transversal retrospectivo; la población estuvo conformada por 78 anotaciones de enfermería de los servicios de hospitalización, correspondientes a los meses de enero, febrero, marzo del 2009; la técnica fue el análisis documental y el instrumento fue la lista de chequeo. Las Conclusiones fueron que la calidad de las anotaciones de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho, en un porcentaje considerable son de deficiente calidad, referido a que no coloca el cargo, existen espacios en blanco, no registra el motivo por el cual no administra tratamiento, y en un menor porcentaje significativo son de buena calidad que está dado por que

utiliza las abreviaturas autorizadas, utilizan la tinta azul en notas de día y rojo en la noche, colocan la fecha y el nombre del enfermero. (15)

Ruda Rojas, Norma, en Lima, el 2007, realizó un estudio sobre el “Nivel de Conocimiento y Aplicación de las Notas de Enfermería que tienen las enfermeras de sala de operación del Hospital Alberto Sabogal Sologuren”; cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y aplicación de las Notas de Enfermería que tienen las enfermeras de sala de operación del Hospital Alberto Sabogal Sologuren. El método fue descriptivo de corte transversal; la población estuvo conformada por 60 enfermeras de sala de operaciones; la técnica fue la observación y el instrumento fue el cuestionario y la lista de cotejo. Las conclusiones fueron que del 100%(60) se encontró que el 58% tiene conocimiento medio, 25% alto y 17% bajo. El 57% de los registros evidencian una aplicación inadecuada y un 43% aplicación adecuada. En la dimensión de característica (objetivo, significación, claridad, identidad, concisa, oportuna y completa) el 63% de los registros tienen una aplicación inadecuada y 37% adecuada. En la dimensión de contenido 68% son adecuadas y 32% de los registros de aplicación inadecuada. (16)

Ñañez Huapaya, Miguel Ángel, en Lima, el 2006, realizó un estudio sobre la “Calidad de los Registro de Enfermería en la UCI del Hospital Daniel Alcides Carrión”; cuyo Objetivo fue Determinar la calidad de los registros de enfermería en la UCI del Hospital Daniel Alcides Carrión en el año 2006. El Método fue descriptivo de tipo transversal; la población estuvo conformada por 600 registros de enfermería del servicio de cuidados intensivos del año 2006; la técnica fue la observación y el instrumento fue la Hoja de auditoría. Las Conclusiones de los registros de enfermería en cuanto a las Notas de Enfermería y las hojas de Balance Hídrico son de calidad “aceptable” ya que cumplen con los estándares señalados por el Ministerio de Salud, mientras que el kárdex es uno de los registros que requiere ser mejorado para que cumpla su función de verificar y monitorizar el cumplimiento del tratamiento farmacológico, procedimientos indicados e intervenciones de enfermería brindadas durante las 24 horas del día; Las anotaciones de enfermería son de calidad “aceptable”, por cuanto aplica las normas de SOAPIE señalados por

el MINSA; El registro del Balance Hídrico es de calidad “aceptable” siendo importante para una adecuada valoración del estado de hidratación del paciente; El Kárdex de enfermería no alcanza el calificativo de “aceptable”, dado que allí se planifica la atención de Enfermería en cuanto a la medicación y otras actividades, pero asimismo se chequean los medicamentos que la enfermera administra a los pacientes. Es una problemática que debe ser analizado por las enfermeras del servicio por las implicaciones que tendrían estas en la calidad de los cuidados que reciben los pacientes. (17)

Por lo expuesto dentro de los antecedentes podemos evidenciar la importancia de la adecuada valoración clínica y la calidad de los registros de enfermería pues estos hacen referencia a la labor del profesional de enfermería, que permita fomentar la implementación de estrategias de mejora continua de la calidad para afianzar aún más los conocimientos y la calidad de atención de enfermería a las pacientes de la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer.

2.2. BASE TEORICA

A continuación se presenta la base científica que sustenta los hallazgos del estudio

GENERALIDADES SOBRE ENFERMERIA

Dentro de la Ley del Trabajo de la Enfermera(o) N° 27669, en el Artículo 2º. Rol de la Profesión de la Enfermería “La enfermera(o), como profesional de la Ciencia de la Salud, participa en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población.(18)

FUNCIONES DE LA ENFERMERA

Dentro de la Ley del Trabajo de la Enfermera(o) N° 27669, Artículo 7°.- Funciones de la Enfermera(o) Corresponde a la enfermera(o) el ejercicio de las siguientes funciones:

- Brindar cuidado integral de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)
- Encomendar actividades de menor complejidad al personal no profesional de enfermería, bajo su supervisión y responsabilidad.
- Ejercer funciones de enfermería, tanto en el Sector Público como en el Sector Privado, en los Centros de Salud y en los diferentes niveles de complejidad hospitalaria.
- Ejercer consultoría, auditoría, asesoría, consejería y emitir opinión sobre materias propias de Enfermería.
- Conducir técnica y administrativamente los servicios de Enfermería en los diferentes niveles orgánicos del sistema de salud ocupando los respectivos cargos estructurales.
- Ejercer la dirección y jefatura de los programas de formación y capacitación del personal de Enfermería.
- Desarrollar actividades preventivo promocionales en el área de su competencia en todos los niveles de atención.
- Participar con los cuidados de enfermería en los centros de atención al adulto mayor.
- Realizar investigación en el campo de enfermería y de salud.
- Emitir opinión técnica con relación a recursos de personal y materiales dentro de su competencia.(19)

DEL CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMERIA (Artículo 5°)

El cuidado integral de enfermería se brinda en las siguientes áreas:

ÁREA ASISTENCIAL: Mediante la interacción enfermera (o) – usuario, determinando e implementando los cuidados que aseguren el proceso de promoción, prevención, mantenimiento, recuperación y rehabilitación de la

salud en todos los servicios intra-extra hospitalarios y en los que sean necesarios.

ÁREA ADMINISTRATIVA: Se desarrollan procesos dirigidos a:

- Planificar, organizar, dirigir, supervisar y evaluar el producto de los servicios de enfermería en todos los establecimientos dedicados a la atención de la salud y otros afines.
- Administrar los centros de formación profesional de pre y postgrado de enfermería y de formación de personal técnico y auxiliar de enfermería.

ÁREA DOCENTE: Dedicada a programar, organizar, desarrollar y supervisar actividades de educación y capacitación en salud dirigida a:

- La formación de enfermeras (os)
- La capacitación en postgrado
- La educación continúa en enfermería.
- La formación y educación continua del personal técnico, auxiliar de enfermería y otros fines
- La participación en la formación de otros profesionales.
- La educación sanitaria a la persona, la familia y la comunidad.

ÁREA DE INVESTIGACION: Está dirigido a:

- Realizar y/o participar en estudios de investigación en el área de su competencia, contribuyendo al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la sociedad.
- Formular y desarrollar con el equipo multidisciplinario, planes, programas y proyectos en el campo de la salud para la solución de problemas de la sociedad. (20)

ENFERMERA INTENSIVISTA

Es el Profesional de Enfermería especializado en la atención de pacientes de gravedad y mantiene la observación constante de su evolución, cumple las indicaciones médicas y acciones de enfermería según las necesidades, elabora el proceso de enfermería y aplica el plan de cuidados en las acciones

de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Brinda protección, higiene, comodidad y promueve hábitos higiénicos del paciente, instala equipos para el monitoreo del paciente como monitores, termómetros cutáneos, desfibriladores, equipos de diálisis, mantas térmicas, ventiladores mecánicos, colchones neumáticos, vigila e interpreta la actividad del corazón reflejada en los monitores, al igual que el funcionamiento de los equipos en general, observa e identifica las distintas alteraciones que pueda presentar el paciente como: trastornos hemodinámicos, hepáticos, renales, respiratorios y otros mediante las cifras y graficas de los distintos medios diagnósticos. Aplica cuidados de urgencia participando en las maniobras de resucitación cardiorrespiratorias, masaje cardíaco externo, respiración artificial, desfibrilación y corrección de la acidosis e igualmente administra previa indicación médica otros medicamentos y procedimientos más complejos, realiza la punción de vena profunda, mide e interpreta los signos vitales y presión venosa central, prepara a los pacientes para las distintas pruebas diagnósticas y lleva a cabo la técnica de electrocardiograma, realiza radiografías en casos de urgencia, participa en la visita médica, distribuye y controla medicamentos, los aplica por las diferentes vías, brinda atención de enfermería antes, durante y después de las distintas pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas. Ejecuta tratamientos y curaciones de diferentes tipos tales como traqueotomía, colostomía, drenaje de tórax y otros, prepara y conecta frascos colectores de acuerdo a las necesidades del paciente, ejecuta el baño diario, verifica y administra la dieta indicada, lleva a cabo la movilización para evitar complicaciones y ayuda en la rehabilitación, facilita las condiciones que permitan el descanso y sueño necesario, brinda apoyo emocional, realiza fisioterapia respiratoria, osteomioarticular, aspiraciones endotraqueales, técnica de aerosol, humidificación, de vías respiratorias, aspiraciones gástricas, aplicación de medios físicos, mide la diuresis, supervisa al personal técnico de enfermería, colabora con el médico en los distintos procedimientos, imparte educación para la salud a pacientes y familiares, controla y realiza anotaciones en la historia clínica de acuerdo a las acciones y observaciones de enfermería, realiza entrega y recibo del turno. (21)

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es un sistema de planificación de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Valoración: Es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recolección y organización de los datos sistematizados que conciernen a la persona, familia y entorno, que son la base para las decisiones y actuaciones posteriores. La recolección de datos se obtiene de fuentes variadas como: el sujeto de atención, la familia, el personal de salud, los registros clínicos, el examen de laboratorio, y otras pruebas diagnósticas. Esta fase ayuda a identificar factores y situaciones que guían la determinación de los diagnósticos reales o potenciales. (22)

Diagnóstico: Es un enunciado que describe, diagnostica y trata las repuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales. Es la segunda fase del proceso de atención de enfermería. (23)

Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar y/o corregir los problemas, así como para promocionar la salud, identificados en la valoración. Algunos problemas no se corrigen, por tanto el personal de enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias. (24)

Ejecución: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. La ejecución del planteamiento de la atención de enfermería, consta de varias actividades como validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos. En esta fase se deben proporcionar los recursos necesarios, preparación de un ambiente terapéutico, comunicación con otros profesionales, supervisión entre ellos y la educación. (25)

Evaluación: Comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. Es la última fase, la cual es un proceso continuo y se utiliza para juzgar cada parte del PAE. Consiste en la comparación sistémica y planeada entre el estado de salud del sujeto y los resultados esperados. (26)

VALORACION CLINICA

La Valoración clínica es la exploración que practica el profesional de enfermería a todo individuo, a fin de reconocer la existencia o no de alteraciones físicas o signos producidos por enfermedad.

La valoración clínica tiene como objetivos:

- Detectar tempranamente alteraciones en las esferas vitales, de manera que puedan ser rápidamente corregidas.
- Constatar de forma precoz las reacciones derivadas de la terapéutica.
- Contribuir al diagnóstico, tratamiento y pronóstico del paciente.

El examen físico consta de cuatro técnicas de valoración: Observación, la palpación, la percusión y la auscultación.

- **Observación/Inspección:** Es la apreciación de las características del cuerpo en su superficie externa y de algunas cavidades o conductos accesibles por su amplia comunicación exterior. Con la observación se conoce el nivel de conciencia, coloración de la piel, estado de hidratación, estado de nutrición, ritmo respiratorio, entre otros.(27)
- **Palpación:** Es la apreciación manual de la sensibilidad, la temperatura, la consistencia, la forma, el tamaño, la situación y los movimientos de la región explorada, gracias a la sensibilidad táctil, térmica, vibratoria de las manos. Si se realiza en los tegumentos se denomina palpación, o en el caso de introducir uno o más dedos y aun la mano por las vías naturales, y entonces se denomina tacto (el tacto rectal y el vaginal).(28)
- **Percusión:** Se aprecia por el oído, los fenómenos acústicos (ruidos), que se originan cuando se golpea la superficie externa del cuerpo. Con percusión es posible determinar la densidad de los órganos o los tejidos.(29)
- **Auscultación:** Permite escuchar posibles alteraciones de los sonidos que se perciben a través del estetoscopio de los fenómenos acústicos que se originan en el organismo, ya sea por la actividad del corazón (auscultación cardiovascular), o por la entrada y salida del aire en el sistema respiratorio (auscultación pulmonar), o por el tránsito en el tubo digestivo

(auscultación abdominal).(30)

Todo esto es de gran importancia para poder ofrecer unos cuidados de enfermería específicos y correctos. También para tener una referencia y controlar el empeoramiento o mejoría del estado del paciente.

VALORACION GENERAL

Dentro de toda valoración de pacientes de cuidados intensivos se debe evaluar lo siguiente:

- **Signos vitales** (temperatura, presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno)
- **Clasificación de los pacientes:** en categorías:
 - Clase II: pacientes estables que requerían observación.
 - Clase III: pacientes estables que requerían monitorización (invasiva o no) y vigilancia intensiva.
 - Clase IV: pacientes inestables que requieren cuidados médicos y de enfermería (intensiva) con frecuentes valoraciones y cambios de tratamiento. Estos pacientes tienen uno más de sus órganos afectados que hacen que el pronóstico impredecible.
- **Escala de NEMS:** Las cargas de trabajo enfermeras deberían ser la base para la adecuación correcta de los recursos humanos de enfermería. Para conocer estas cargas de trabajo, en las unidades de cuidados intensivos (UCIs). Este instrumento de medida se derivó del sistema de puntuación de intervención terapéutica (TISS). En él, se asigna una puntuación (rango de 3 a 12) a nueve actividades asociadas con el trabajo de enfermería en la UCI. La puntuación máxima en un período de 24 horas es de 63 puntos.(31)
- **Escala de NORTON modificada:** permite clasificar a los pacientes de acuerdo al riesgo que tienen de presentar una Úlcera por Presión.
 - Clasificación de riesgo:
 - Puntuación de 5 a 9 riesgo muy alto
 - Puntuación de 10 a 12 riesgo alto
 - Puntuación de 13 a 14 riesgo medio
 - Puntuación mayor de 14 riesgo mínimo/no riesgo. (32)

- **Clasificación de las úlceras por presión**

Grado I: Piel enrojecida que no desaparece al retirar la presión en los 30 segundos siguientes. Cambios en consistencia de la piel o temperatura.

Grado II: Pérdida del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas, úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión o ampolla.

Grado III: Pérdida total del grosor de la piel, lesión o necrosis del tejido subcutáneo. Puede extenderse hasta (pero no a través) de la fascia subyacente.

Grado IV: Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén. (33)

- **Sistema de puntuación APACHE II (acute physiology and chronic health evaluation II):** nos permite evaluar la insuficiencia de órganos o el compromiso inmunitario los cuales deben haber sido evidentes previamente al ingreso hospitalario actual, y conforme a los siguientes criterios:

Hígado: cirrosis diagnosticada por biopsia e hipertensión portal documentada; o episodios anteriores de sangrado gastrointestinal atribuidos a hipertensión portal; o episodios previos de fallo hepático, encefalopatía o coma.

Cardiovascular: clase IV de la New York heart association.

Respiratorio: enfermedad respiratoria crónica restrictiva, obstructiva, o vascular, con limitación severa al ejercicio, p.ej. Incapacidad para subir escaleras o realizar las tareas domésticas; o situación crónica documentada de hipoxemia, hipercapnia, policitemia secundaria, hipertensión pulmonar severa (> 40 mm hg), o dependencia de respirador.

Renal: enfermedad renal dependiente de diálisis crónica. (34)

VALORACION CLINICA NEUROLOGICA

Dentro de la valoración neurológica se debe considerar los siguientes, puesto que ellos nos van a permitir evaluar el grado de dependencia, sedación, entre otros.

- **Nivel de Conciencia:** Es el estado de percepción que la persona tiene de sí misma y del entorno y varía desde la conciencia plena hasta el coma. Si

el individuo no está totalmente consciente el explorador debe describir las respuestas con el estímulo mínimo necesario para desencadenar una reacción que va desde órdenes verbales hasta un estímulo breve y doloroso como la presión del músculo trapecio. (35)

- **Escala de Coma Glasgow:** Consiste en tres componentes esenciales del examen neurológico: apertura de ojos, respuesta verbal y respuesta motora. El GCS ha tenido una amplia aceptación para su aplicación en los pacientes traumatizados. Fue desarrollado como un sistema de evaluación del grado de coma y como predictor del resultado final. (36)
- **Escala de Sedación de Ramsay:** Es la escala más utilizada en la práctica clínica para valorar el grado de sedación de los pacientes, sin embargo, no ha sido validada. Una de sus limitaciones es que no valora adecuadamente la agitación, sólo evalúa la sedación.(37)
- **Escala de Agitación/Sedación de Richmond (RASS):** Evalúa al paciente desde: +4(combativo), en el cual el paciente se encuentra violento o combativo, con riesgo para el personal, +3(muy agitado) intenta arrancarse los tubos o catéteres o es agresivo con el personal, +2(agitado) movimientos descoordinados o desadaptación del respirador, +1(inquieto) ansioso pero sin movimientos agresivos o vigorosos, 0 (alerta y tranquilo), -1(somnoliento) tendencia al sueño, pero es capaz de estar más de 10 segundo despierto (apertura de ojos) a la llamada, -2 (sedación ligera) menos de 10 segundos despierto (apertura de ojos) a la llamada, -3 (sedación moderada) movimientos (sin apertura de ojos) a la llamada, -4 (sedación profunda) no responde a la voz, pero se mueve o abre los ojos al estímulo físico, -5(no estimable) sin respuesta a la voz o al estímulo físico. (38)
- **Escala Numérica de Dolor:** Es una escala simple y repetible siempre que sea necesario. Una limitación es que hay tendencia a no utilizar los dos extremos de la escala.(39)
- **Sensibilidad y Trastornos del Lenguaje:**
Disartria. Es un trastorno específico de la articulación del lenguaje en el que las bases del mismo (gramática, comprensión y elección de la palabra) están intactas.

Disprosodia. Es una alteración en las inflexiones y ritmo del habla, resultando un discurso monótono.

Afasia. Es una pérdida o deterioro del lenguaje causado por daño cerebral, con integridad de las estructuras neuromusculares formadoras del mismo.

- **Pupilas.** El diámetro pupilar va a depender de la doble innervación vegetativa que reciben los músculos del iris: el simpático, que inerva al dilatador del iris (midriasis), y el parasimpático, al esfínter del iris (miosis).(40)
- **Convulsiones:** es un fenómeno paroxístico producido por descargas anormales, excesivas e hipersincrónicas de un grupo de neuronas del sistema nervioso central (SNC). De acuerdo con la distribución de las descargas, esta actividad anormal del SNC se manifiesta de diferentes formas, que van desde una llamativa actividad convulsiva hasta fenómenos de experiencia subjetiva difíciles de advertir por un observador.(41)
- **Reflejos cutáneos:** El reflejo plantar es desencadenado al estimular la zona lateral de la planta del pie con un estímulo intenso como el de un abatelenguas y se inicia cerca del talón desplazándose a la parte anterior del pie y el primer dedo. Si hay lesiones de moto neurona superior por arriba del nivel S1 de la médula espinal, se advierte una extensión paradójica del primer dedo, que se acompaña de extensión lateral y superior de los demás dedos (la llamada respuesta plantar extensora o signo de Babinski). (42)
- **Reflejos primitivos:** En caso de lesión de las vías del lóbulo frontal aparecen algunos reflejos primitivos que normalmente han desaparecido en el adulto. La respuesta de succión aparece al tocar levemente con un abatelenguas el centro de los labios y la respuesta "de puntos cardinales" en el ángulo de la boca. El individuo desplazará los labios para succionar o girará su boca en dirección del estímulo. El reflejo de prensión se obtiene al tocar la palma de la mano entre el pulgar y el índice y para ello el explorador usa sus dedos; la respuesta positiva es que el individuo toma con fuerza la mano del explorador. En muchos casos, al estimular la porción dorsal de la mano provocará que el individuo suelte la mano del operador. La respuesta palmomentoniana es una contracción del músculo

del mentón en sentido ipsolateral al estímulo de rascado aplicado diagonalmente a la palma. (43)

VALORACION CLINICA CARDIOLOGICA

- **Presión Arterial:** La presión arterial tiene un máximo (sistólica) y un mínimo (diastólica). La presión arterial media (presión del pulso) refleja mejor la presión de perfusión tisular que la sistólica o diastólica aisladas. En adultos jóvenes y sanos está entre 90 y 100 mmHg. (44)
- **Frecuencia cardiaca:** de 60 a 100 latidos por minuto
- **Ritmo cardiaco:** los fenómenos cardiacos que se producen desde el comienzo de un latido cardiaco. Cada ciclo es iniciado por la generación espontánea de un potencial de acción en el nódulo sinusal. (45)
- **Presión Venosa Central (PVC).** La presión en la aurícula derecha está regulada por el equilibrio entre: 1) la capacidad del corazón de bombear la sangre hacia el exterior de la aurícula y el ventrículo derecho hacia los pulmones y 2) la tendencia de la sangre a fluir entre las venas periféricas hacia la aurícula derecha. (46)
- **Hemoglobina, hematocrito, plaquetas:** La función principal de los eritrocitos, también conocidos como hematíes, es transportar hemoglobina, que a su vez transporta oxígeno desde los pulmones a los tejidos.
- **Electrocardiograma:** El registro de la actividad cardíaca se realiza a lo largo de una serie de ejes: las derivaciones de los miembros en el plano vertical (I, II, III, aVR, aVL, aVF) y las precordiales en el plano horizontal (V1 a V6). Los parámetros estándar del registro son: velocidad del papel 25 mm/seg, amplitud de la señal 10 mm = 1 mV.

VALORACION CLINICA RESPIRATORIA

Dentro de la valoración se debe incluir lo siguiente:

- **Frecuencia y características de la respiración.** respiración interna intercambio de gases entre el fluido intersticial y las células respiración externa intercambio de gases entre el fluido intersticial y el entorno externo los pasos envueltos en la respiración externa: ventilación

pulmonar difusión de gases transporte de oxígeno y dióxido de carbono

- **Saturación de Oxígeno.** La oximetría mide el nivel de saturación de O₂ en la hemoglobina, tomando como parámetro la saturación parcial de oxígeno (SpO₂). Por su utilidad es llamado el quinto signo vital.
- **Fracción inspirada de O₂ (FiO₂):** Es la proporción en que se encuentra el O₂ que suministramos dentro del volumen inspiratorio. La Fio₂ inicialmente debe ser de 0.21 (21%) a 1 (100%).
- **Tubo Endotraqueal (TET):** El termino intubación endotraqueal se refiere a la introducción de un tubo por la boca hasta la tráquea. Se realiza con el fin de disponer de una vía para la entrada y salida de aire cuando hay dificultad respiratoria.

Ventilación Mecánica (VM):

Frecuencia Respiratoria (FR) respiraciones por minuto. Ajustar una FR para alcanzar el Volumen Minuto deseado (Ve) el cual no debe exceder 7-8 L/minuto, FR: entre 12 y 16 x minuto.

Volumen tidal programado y exhalado. El volumen corriente inicial se determina por el peso teórico y no el peso real del paciente. La relación es de 8-10 ml/kg.

Presión Positiva al final de la Espiración (PEEP). En cmH₂O. Es un valor predeterminado de presión positiva, de 0 a 15 cm. H₂O (rara vez se necesitan niveles mayores), que permiten que al final de la espiración el alvéolo quede parcialmente inflado y no se colapse permitiendo un aumento del Volumen Pulmonar en reposo y mejora el intercambio gaseoso.

Tiempo Inspiratorio – Tiempo Espiratorio (Cociente I:E). La duración total del ciclo respiratorio dura 60 segundos. Los tiempos de inhalación (tiempo inspiratorio -ti-) y exhalación (tiempo espiratorio -te-) forman parte del ciclo total y el cociente I:E los relaciona. En respiración espontánea el cociente I:E normal es de 1:2, es decir que el tiempo espiratorio es el doble que el tiempo inspiratorio.

Flujo Inspiratorio (Vi) en litros por minuto. Flujo es velocidad en que se administra el volumen corriente predeterminado por el operador. Se puede entregar 700 ml de VT en 2 segundos o en 1 segundo, y el resultado es

diferente ya que el mismo VT se entrega en menor tiempo, o sea a mayor velocidad mayor flujo. El rango varía desde 40 a 100 L/minuto. (47)

VALORACION CLINICA GASTROINTESTINAL Y ESTADO NUTRICIONAL

Es el proceso mediante el cual se determinan en el paciente indicadores o variables que en su conjunto brindan información sobre su composición corporal y estado nutricional, así permite hacer un diagnóstico del tipo y grado de la desnutrición, el efecto de la intervención nutricional y el pronóstico.

Motilidad gastrointestinal: El tubo digestivo tiene dos tipos de movimientos: *Movimientos de propulsión*, que producen el desplazamiento de los alimentos a lo largo del mismo a una velocidad adecuada para su digestión y absorción y *Movimientos de mezcla*, que mantienen el contenido intestinal permanentemente mezclado, estos movimientos se auscultan y tienen el nombre de ruidos hidroaéreos, producto de los gases en movimientos producto de la motilidad gástrica. (48)

- **Nutrición artificial:** Se refiere a la nutrición con nutrientes que no están constituidos por los alimentos habituales de la dieta. La nutrición artificial no es una forma primaria de terapia, pero es un elemento de gran importancia en el enfermo crítico, debido a que en estos pacientes hipermetabólicos es causa de la morbilidad y al aumento en la estadía hospitalaria.(49)
- **Nutrición enteral:** En esta modalidad terapéutica, los nutrientes son administrados en el tracto gastrointestinal para su absorción y asimilación. Es la vía óptima para administrar los nutrientes, ya que es más fisiológica, mantiene la integridad de la mucosa intestinal y produce menos complicaciones. Los dispositivos para la nutrición enteral son las Sonda Nasogástrica, Orogástrica y Nasoyeyunal(50)
- **Nutrición parenteral:** La nutrición parenteral es el aporte de nutrientes al organismo por vía extra digestiva.

Características de la nutrición parenteral:

- El aporte se realiza directamente al torrente circulatorio.
- Al obviar el proceso digestivo y el filtro hepático, los nutrientes

administrados deben reunir características especiales.

- Es antifisiológica para los glúcidos y aminoácidos, por lo que se deben extremar los controles para evitar desequilibrios.
- Se asocia a un gran número de complicaciones.
- Tiene un costo muy elevado. (51)

VALORACION CLINICA RENAL, METABOLICA Y ORGANOS REPRODUCTIVOS

La valoración de enfermería de las alteraciones del equilibrio ácido-base, se basan en los análisis de laboratorio (hemogasometría), junto a la individualidad del paciente. Ello permite hacer un diagnóstico positivo y la identificación de las respuestas humanas presente en ese problema clínico y comenzar así la intervención de manera inmediata.

Balance hidrosalino. El agua constituye el 60% del peso corporal total de los cuales dos tercios de la misma se incluyen dentro del líquido intracelular, mientras que el otro tercio forma el líquido del espacio extracelular (espacio intersticial e intravascular). La difusión de agua a través de las membranas, siguiendo gradientes osmóticos, mantiene el equilibrio osmótico y previene las diferencias en tonicidad. La depleción de volumen origina hipoperfusión tisular, disminución de la elasticidad cutánea y sequedad de mucosas, disminución de la presión venosa, hipotensión ortostática y taquicardia postural. El exceso de volumen se caracteriza por la aparición de edema, el cual implica un exceso de al menos 3-4 litros de líquido.

Características de la orina. La formación de orina empieza en el glomérulo con la elaboración de un ultrafiltrado del plasma. La tasa de ultrafiltración glomerular depende fundamentalmente de las fuerzas que impulsan la filtración (presión hidrostática en los capilares glomerulares) y las que se oponen a ésta (suma de presión hidrostática en el espacio de Bowman y presión oncótica en los capilares glomerulares). Otros determinantes del filtrado glomerular son el flujo plasmático glomerular y la superficie total de los capilares glomerulares.

El pH y los valores PaCO₂, PaO₂.

Para su valoración analítica, se consideran los siguientes datos en sangre arterial: pH (normal = 7,35 - 7,45), PCO₂ (normal = 35 - 45 mmHg) y Bicarbonato (normal = 21 - 30 mEq/l).

Acidosis Metabólica. Descenso de pH, descenso del bicarbonato (trastorno primario) y del PCO₂ (trastorno secundario).

Acidosis Respiratoria. Descenso del pH por aumento de la PCO₂ (trastorno primario), y aumento compensador del bicarbonato. La elevación de la PCO₂ es casi siempre por hipoventilación alveolar.

Alcalosis Metabólica. Aumento del pH (descenso de hidrogeniones), aumento de bicarbonato (trastorno primario) y aumento de PCO₂ (trastorno secundario) por depresión del centro respiratorio.

Alcalosis Respiratoria. Elevación de pH por descenso de PCO₂ (hiperventilación) y salida de hidrogeniones intracelulares que descienden la cifra de bicarbonato plasmático (trastorno secundario).

Valores de electrolitos (Sodio, Potasio)

Hiponatremia. Se define como una concentración plasmática de sodio menor de 135 mEq/L. Las manifestaciones agudas: edema cerebral y síntomas neurológicos (náusea, malestar general, cefalea, letargia o confusión); por debajo de 120 mEq/l, pueden aparecer convulsiones y coma.

Hipernatremia. Se define como una concentración plasmática de sodio mayor de 145 mEq/L y representa un estado de hiperosmolaridad. Las manifestaciones son neurológicas y consisten en alteración del estado mental, debilidad, irritabilidad neuromuscular, focalidad neurológica e incluso crisis convulsivas y coma.

Hipokalemia. Se define como una concentración de potasio plasmático menor de 3,5 mmol/l. Sus manifestaciones incluyen debilidad intensa y arrefléxica de los músculos esqueléticos con riesgo de insuficiencia respiratoria, a nivel intestinal, estreñimiento e incluso íleo paralítico. Sobre los vasos sanguíneos origina vasodilatación e hipotensión, y sobre el riñón provoca descenso moderado y reversible del filtrado glomerular.

Hiperkalemia. Se define como una concentración de potasio plasmático mayor de 5 mmol/L. En el caso de la Hiperkalemia se producen arritmias cardíacas. A nivel neuromuscular, provoca parestesias y debilidad progresiva, pudiendo parecerse a un Guillain-Barré (no suele afectar músculos respiratorios). A nivel renal produce inhibición de la amoniogénesis y tiende a elevar el pH urinario, al menos inicialmente.

Hemorragia postparto; Se define como el sangrado vaginal excesivo (>500-700 ml) y se divide en hemorragia postparto precoz (antes de las 24 h) y tardía (de 24 h hasta 6 semanas postparto). Las causas pueden ser: Atonía uterina (El miometrio no se contrae por factores como: embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal, gran multiparidad, parto prolongado, manipulación uterina); Lesiones del canal del parto (rotura uterina, laceraciones en el cérvix, vagina o vulva); Retención placentaria (placenta accreta) y Coagulopatías.

REGISTROS DE ENFERMERIA

Es un documento específico que forma parte de la historia clínica en el cual debe describirse cronológicamente la situación, evolución del estado de salud en intervenciones de promoción de la vida prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que los profesionales de enfermería brindan a la persona, familia y comunidad.(52)

El registro de enfermería es la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no sólo su práctica, sino también el suplemento de los deberes del colectivo respecto al paciente/usuario.

Calidad de Información: La calidad de la información registrada, influye en la efectividad de la práctica profesional, por tanto los registros de enfermería deben cumplir unos estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en las personas y legítimas en la actuación del profesional de enfermería. La calidad de información tiene como base, principios éticos, profesionales y legislativos fundamentales, como el derecho a la intimidad,

confidencialidad, autonomía y a la información del paciente. (53)

Registro y comunicación de los datos: El registro consiste en dejar constancia por escrito de toda la información obtenida. Puede realizarse, antes, durante o inmediatamente tras la recogida de los datos con el fin de prevenir el olvido de información relevante.

Los registros se consideran como un documento que avala la calidad, la continuidad de los cuidados, la mejora de la comunicación y que evitan errores, posibles duplicidades que pueden producirse en el cuidado. Además, son un respaldo legal frente a posibles demandas y también permiten evaluar retrospectivamente la calidad de los cuidados. El registro permite identificar al personal que estuvo a cargo de un paciente determinado, analizar la oportunidad de la atención y realizar la vigilancia de enfermería.

Propósitos de los registros de enfermería: El papel que se le reconoce a los registros, es el de servir como:

- Instrumento de apoyo a la gestión, pues permite calcular cargas de trabajo, número de personal requerido, hacer control de calidad del cuidado y conocer resultados de la atención. Aportar datos para el sistema de facturación y de costos. Permite conocer los requerimientos de recursos materiales, insumos y equipamiento. Contribuir a la información estadística.
- Instrumento jurídico, utilizado como evidencia entre usuario y prestador de servicio de salud, se constituyen en testimonio documental de los actos del profesional a requerimientos de los tribunales (responsabilidad legal).
- Instrumento para dejar constancia escrita del acto de cuidado que refleja el ejercicio profesional, y prueba de los lineamientos humanos, éticos y científico desarrollados en las intervenciones (responsabilidad ética).
- Instrumento para facilitar evaluar, reorientar y aprender de la propia práctica como también para el desarrollo de un lenguaje común entre las enfermeras a fin de disminuir la variabilidad en la práctica (responsabilidad profesional). Proporcionar datos para evaluar la cantidad y calidad de cuidados de enfermería. Contribuir al diagnóstico y tratamiento del paciente. Aporta datos para las investigaciones. (54)

Los registros de enfermería desde la perspectiva ética

- El derecho de los usuarios a tener una información por escrito de todas las acciones que realizamos
- El derecho de los usuarios a la intimidad y confidencialidad
- El secreto profesional
- La obligación que tenemos los enfermeros de llevar adelante nuestro trabajo desde la autonomía profesional
- La obligación de asumir la responsabilidad de nuestras acciones
- La obligación de contribuir al desarrollo profesional (55)

Los registros de enfermería desde la perspectiva profesional

- Es imposible alcanzar el nivel de profesionalización de una actividad, si esta no queda recogida en documentos que posteriormente pueden ser sometidos a análisis.
- Solo a través del registro de todo aquello que realizamos, podremos transformar el conocimiento común sobre los cuidados, en conocimientos científicos y contribuir con ello al desarrollo disciplinar y profesional.
- Posibilitan el intercambio de información sobre cuidados, mejorando la calidad de la atención que se presta y permitiendo diferenciar la actuación propia, de la del resto del equipo; manifestando así el rol autónomo de la enfermería.
- Desde el principio moral profesional, la ausencia del registro, puede entenderse como una falta que pone en cuestión si se asume o no la responsabilidad de lo actuado
- Nos permite mostrar al resto del equipo de salud y a la sociedad en general, que la acción cuidadora, la desarrollamos a través de la autonomía profesional
- Facilitan la investigación clínica y docencia de enfermería, ayudando así, a formular protocolos y procedimientos específicos y necesarios para cada área de trabajo.
- Los registros, son la base del desarrollo profesional y una herramienta imprescindible para la comunicación dentro del equipo de salud. Por tanto necesaria para conseguir el mayor nivel de calidad en la atención del

paciente.

- Conforman una base importante para la gestión de recursos sanitarios tanto, materiales como personales, adecuándolos a las necesidades generadas en cada momento, permitiendo por un lado, el análisis del rendimiento, y por otro el análisis estadístico.
- Tienen una finalidad jurídico-legal, considerándose una prueba objetiva en la valoración del personal sanitario respecto a su conducta y cuidados al paciente. (56)

Características de un Registro de Calidad

- Registro de las atenciones y actividades de la planificación así como la prestación de cuidados a los pacientes.
- Los sistemas de registro de enfermería deben de ser eficaces, efectivos y eficientes.
- Deben evaluar cómo se da respuesta a las necesidades del proceso asistencial, asegurando la calidad científico-técnica, la satisfacción de los clientes internos (enfermeros) y externos (ciudadanos), que permita el avance del conocimiento enfermero y dar respuesta a las necesidades de salud de la población.
- Deben de ser Legibles, Completos, Organizados, Objetivos, Concisos, Coherentes, Confidenciales, Actualizados y Cronológicos

Características en la Dimensión Estructura: Están referidas a los aspectos físicos. Al realizar cualquier tipo de anotación se deben seguir algunas normas como: Escribir con material indeleble (bolígrafo); Hacer anotaciones concretas y concisas y con letra fácilmente legible, preferente de Imprenta; Usa sólo las abreviaturas que estén consensuadas y que no puedan conducir a error; No borrar ni usar líquido corrector, es preferible poner el error entre paréntesis, tachar y sobre ello en color llamativo escribir ERROR; No dejar espacios en blanco ni escribir entre renglones, los párrafos son continuos. El registro es exacto, las horas son de las 0:00 a las 24:00 horas. Se encuentra el sello y firma de la enfermera asistencial de turno. Utiliza los formatos adecuados para los registros (hojas de notas de enfermería).

Características en la Dimensión Contenido: Están referidas al tipo de información que contiene: las actividades, acciones, tareas, procedimientos realizados. Se realiza una anotación de enfermería al iniciar el turno para evaluar las necesidades del paciente. Los registros reflejan aspectos psicológicos, emocionales, físicos de los pacientes. Registra los diagnósticos establecidos en la NANDA. Se realiza el plan de cuidados de enfermería. Se describen las actividades de protección de las vías aéreas, nutrición, eliminación vesical e intestinal, administración de tratamiento indicado, en relación a la higiene y movilización del paciente, procedimientos especiales realizados al paciente. Registrar las condiciones en la que el paciente se encuentra al finalizar el turno. Se describen las funciones vitales, el estado de conciencia al finalizar el turno, se indica si se retiró algún dispositivo, si está pendiente la realización de algún examen o procedimiento, los registros suministran información para la evaluación de protocolos de actuación.

2.3. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

VALORACIÓN CLINICA: Es la exploración física que se realiza a toda mujer, a fin de reconocer la existencia o no de alteraciones físicas o signos producidos por enfermedad las cuales permiten una adecuada elaboración de diagnósticos e intervenciones de acuerdo a las necesidades y estos deben de estar registrados en los hojas de valoración, el cual fue obtenido a través de la hoja de registro con las siguientes dimensiones de la valoración general, neurológica, cardiológica, respiratoria, gastrointestinal-nutricional, renal, metabólica y de los órganos reproductivos, y estas fueron valoradas en aceptable y por mejorar.

CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA: Es el conjunto de características que poseen los registros de enfermería en función a la estructura y el contenido sobre la atención brindada a las pacientes hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, el cual fue evaluado a través de la hoja de registro en las dimensiones Estructura y Contenido, y clasificado en aceptable y por mejorar.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El presente estudio es de nivel aplicativo porque partió de la realidad, para modificarlo, tipo cuantitativo, ya que nos permitió cuantificar numéricamente la variable de estudio, método descriptivo de corte transversal retrospectivo porque permitió presentar la información obtenida en un tiempo y espacio determinado.

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, que se encuentra ubicado en la ciudad de Lima – Perú, en la Av. Alfonso Ugarte N° 825 – Cercado, tiene la categoría de nivel III-1, este establecimiento brinda atención especializada al binomio Madre – Niño, es punto de referencia nacional que recibe paciente de las diferentes regiones del país. El hospital cuenta con el Servicio de la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer. El servicio se encuentra ubicado en el segundo piso de dicho nosocomio, que cuenta con 6 camas hospitalarias, en las cuales se atienden a pacientes gestantes, puérperas y mujeres en edad fértil. Las patologías más frecuentes son: shock hipovolémico, preeclampsia, eclampsias, síndrome de hipertensión del embarazo.

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio estuvo conformado por las historias clínicas de las pacientes hospitalizadas en el Servicio de la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”; que tiene como muestra a 30 historias clínicas.

3.4. CRITERIO DE SELECCIÓN

3.4.1. CRITERIOS DE INCLUSION

- ✓ Historias clínicas de las pacientes hospitalizadas el Servicio de la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer.

3.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSION

- ✓ Historias clínicas de otros servicios.

3.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó como técnica el análisis documental, y el instrumento la hoja de registro (Anexo B), el cual fue sometido a un juicio de expertos, siendo procesada la información en la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial. (Anexo D). Se realizaron las correcciones a los instrumentos y se realizó la prueba piloto y se sometido a la validez estadística mediante la prueba de R de Pearson (Anexo F) y la confiabilidad a través de Kuder Richard (Anexo G)

3.6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION

- Para ejecutar el estudio se realizó el trámite administrativo mediante solicitudes dirigidas al Director del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, la Jefa del Departamento de Enfermería y Jefa de Enfermeras del Servicio de Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer. Luego se lleva a cabo la coordinación con el departamento de Investigación y Docencia, Archivo de Historias Clínicas a fin de solicitar el número de historias clínicas en el servicio de archivo para la revisión de las historias clínicas.
- Se procesaron los datos obtenidos mediante el uso del paquete estadístico de Excel. Los resultados obtenidos se presentan en gráficos y/o tablas estadísticas para el análisis e interpretación considerando en

marco teórico.

- Para la medición de la variable se aplicó la estadística descriptiva mediante el promedio aritmético a fin de determinar las variables en aceptable y por mejorar (Anexo I).

3.7. CONSIDERACIONES ETICAS

Para llevar a cabo la ejecución del estudio se consideró la respectiva autorización de la institución, y el manejo cuidadoso de las historias clínicas. Los datos hallados serán comunicados al Director, al departamento de Investigación y Docencia, a las Jefes del Departamento de Enfermería y Servicio puesto que la investigación es de carácter confidencial no se colocaron los nombres de las enfermeras manteniendo la confidencialidad y anonimato.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

Luego de procesar los datos, estos fueron presentados en gráficos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico.

4.1.RESULTADOS

En cuanto a los datos generales del 100% (30) de las historias clínicas revisadas 53% (16) de las pacientes se encuentran entre 16 a 30 años de edad, un grupo de riesgo ya que son mujeres en edad fértil, las cuales presentan morbilidad asociada a embarazo, parto y puerperio, mientras que el 27% (8) se encuentran entre los 31 a 44 años, finalmente el 20% (6) está entre 45 a 58 años.

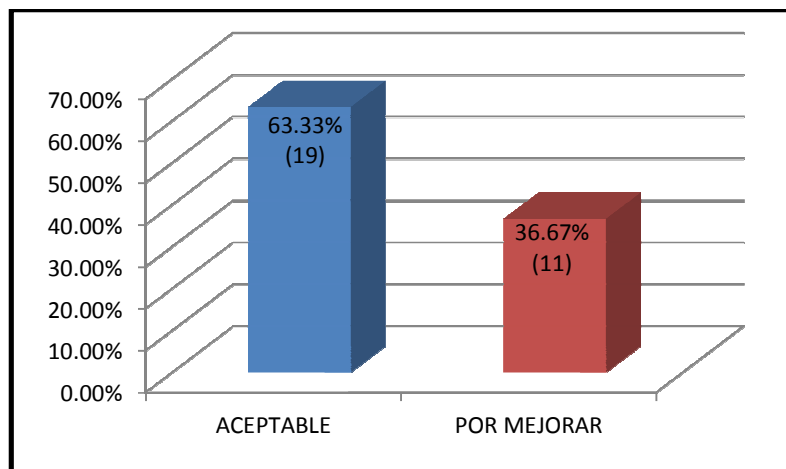
Respecto a la estancia hospitalaria del 100% (30) historias revisadas 63%(19) tienen una estancia hospitalaria entre 1 a 5 días, 23%(7) tienen una estancia hospitalaria de 6 a 11 días, 13%(4) tienen una estancia hospitalaria de 12 a 17 días.

Los diagnósticos más frecuentes son: shock hipovolemico, Hipertensión Arterial del embarazo, preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP, Sepsis con focos de herida operatoria y tracto urinario.

Respecto a la Valoración Clínica de las pacientes atendidas en el servicio de cuidados críticos de la mujer del 100% (30); 63.33% (19) son aceptables, y 36.67% (11) por mejorar (Grafico N°1). Los aspectos que son aceptables están referidos a que se registran los nombres y apellidos completos, número de cama, diagnóstico de ingreso, tipo de seguro, temperatura corporal, grado de dependencia, puntuación con la escala de Glasgow, presión arterial, frecuencia cardíaca, ritmo cardíaco, resultado de EKG, frecuencia y

GRAFICO N° 1

VALORACION CLINICA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS DE LA MUJER. HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO “SAN BARTOLOME” LIMA – PERÚ 2012

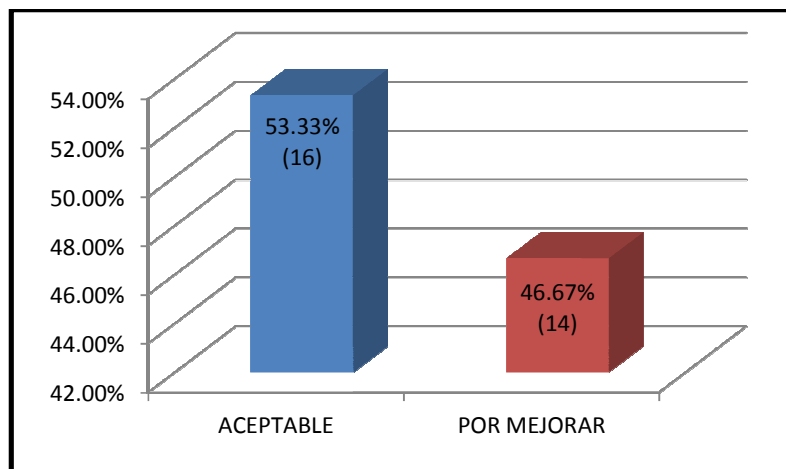


características de la respiración, saturación de oxígeno, ingresos y egresos en forma horaria, características de la orina, balance hídrico anterior y acumulado, mientras que las aspectos por mejorar esta dado por que falta registrar la creencia y religión del paciente, puntuación del dolor mediante la escala numérica del dolor, presencia de cefalea y/o rigidez de nuca, fecha de colocación o cambio de Línea Arterial, zona de inserción de línea arterial, ingurgitación yugular, el pH y los valores de orina, concentraciones séricas de urea y creatinina, valor de glucosa del análisis bioquímico y hemoglucotest, administración de insulina subcutánea o frecuencia de infusión de insulina endovenosa. (Anexo J)

Acerca de la calidad de los registros de enfermería que realiza el profesional de enfermería en la cuidados críticos de la mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, del 100% (30), 53.33% (16) son

GRAFICO N° 2

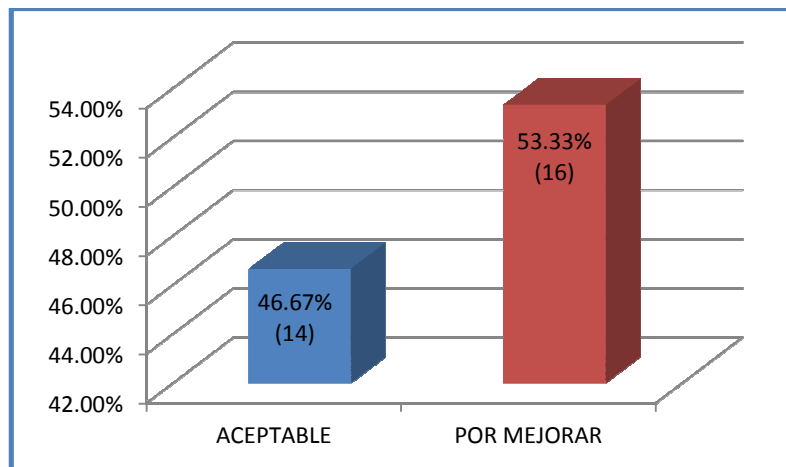
CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS DE LA MUJER. HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO “SAN BARTOLOME” LIMA – PERÚ 2012



aceptables y 46.67% (14) por mejorar. (Gráfico N° 2). Los cuales están referidos a que se registran los nombres y apellidos completos, historia clínica, uso de lapicero de acuerdo al turno, la expresión gramatical es adecuada y usa terminología médica, el registro es exacto, las horas son de las 00:00 a 24:00 horas, se encuentra el sello y firma de la enfermera de turno, se realiza una anotación de enfermería al iniciar el turno para evaluar las necesidades del paciente, registra los diagnósticos de enfermería NANDA, los registros de enfermería son notas descriptivas, realiza el plan de cuidados de enfermería, se registran las reacciones adversas a los medicamentos, los acontecimientos críticos son registrados y detallados, mientras que los aspectos por mejorar esta dado por el uso de abreviaturas no estandarizadas, se encuentra enmendaduras y borrones, los registros no reflejan aspectos psicológicos, emocionales, físicos de los pacientes, la actividades realizadas en cuanto a higiene y movilización de paciente. (Anexo K)

GRAFICO N° 3

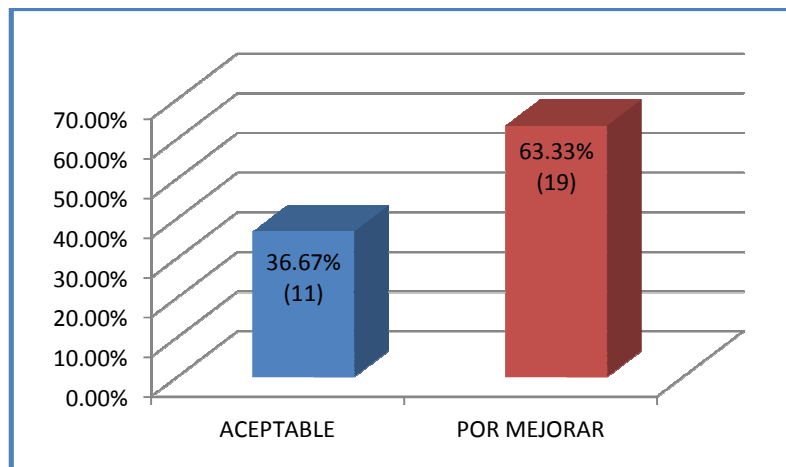
**VALORACION CLINICA GENERAL DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS
DE LA MUJER. HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE
NIÑO “SAN BARTOLOME”
LIMA – PERÚ
2012**



Sobre la Valoración Clínica General de las pacientes atendidas en el servicio de cuidados críticos de la mujer del 100% (30) historias clínicas revisadas; 46.67% (14) son aceptables, y 53.33% (16) por mejorar. Los aspectos que son aceptables están referidos a que se registran los nombres y apellidos completos, historia clínica, numero de cama, edad, peso, fecha de ingreso, diagnostico de ingreso, tipo de seguro (AUS, SIS, Particular), estado de la piel, temperatura corporal, grado de dependencia, mientras que las aspectos por mejorar esta dado por que falta registrar el grupo sanguíneo y factor, evaluación obtenida en la escala de NEMS, fecha de colocación y zona de inserción de catéter venoso periférico, presencia de equimosis, hematomas, petequias, lesiones por venopunción, creencia y religión del paciente, antecedentes patológicos y quirúrgicos del paciente. (Anexo J)

GRAFICO N° 4

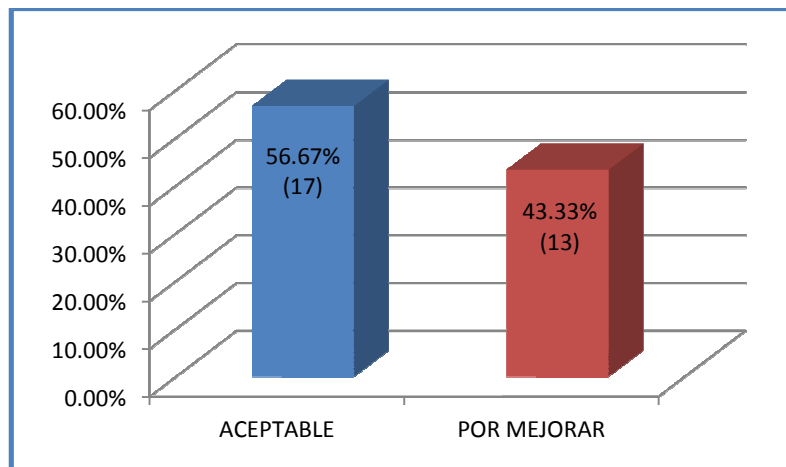
**VALORACION CLINICA NEUROLOGICA DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS
DE LA MUJER. HOSPITAL NACIONAL DOCENTE
MADRE NIÑO “SAN BARTOLOME”
LIMA – PERÚ
2012**



En cuanto la Valoración Clínica Neurológica de las pacientes atendidas en el servicio de cuidados críticos de la mujer del 100% (30) historias clínicas revisadas; 36.67% (11) son aceptables, y 63.33% (19) por mejorar. Los aspectos que son aceptables están referidos a que se registran el estado de conciencia, puntuación de la escala de Glasgow, medicamentos utilizados en la sedoanalgesia, frecuencia de la infusión, la evaluación del lenguaje (adecuado o trastornos), evaluación del tamaño pupilar y simetría, convulsiones (tipo y características), mientras que los aspectos por mejorar están dados por que falta registrar si el paciente se encuentra está orientado, desorientado, agitado, confuso, letárgico, soporoso, o en coma, grado de sedación con las escalas de Ramsay o RASS, puntuación del dolor mediante la escala numérica de dolor, evaluación de los reflejos corneal, ciliar, tusígeno y presencia de cefalea o rigidez de nuca. (Anexo J)

GRAFICO N° 5

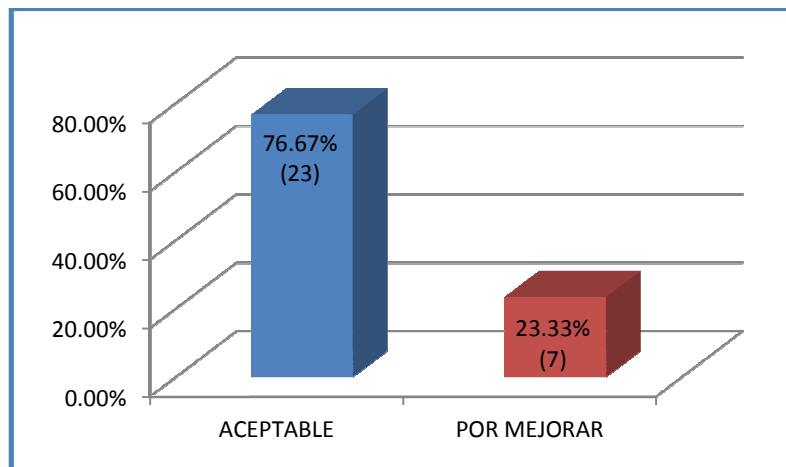
**VALORACION CLINICA CARDIOLOGICA DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS DE
LA MUJER. HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE
NIÑO “SAN BARTOLOME”
LIMA – PERÚ
2012**



Acerca de la Valoración Clínica Cardiológica de las pacientes atendidas en el servicio de cuidados críticos de la mujer del 100% (30) historias clínicas revisadas; 56.67% (17) son aceptables, y 43.33% (13) por mejorar. Los aspectos que son aceptables están referidos a que se encuentran registrados los datos de la presión arterial, presión arterial media, frecuencia cardiaca, ritmo cardiaco, uso de drogas inotrópicas, inicio, frecuencia de infusión, y dosis administrada, si se realizó la toma de EKG, mientras que las aspectos por mejorar esta dado por que falta registrar la monitorización de latidos cardiacos fetales, fecha de colocación y cambio de catéter venoso central, zona de inserción, presión venosa central, fecha de colocación y cambio de la línea arterial, zona de inserción, tiempo de llenado capilar, cianosis central y periférica e ingurgitación periférica (Anexo J)

GRAFICO N° 6

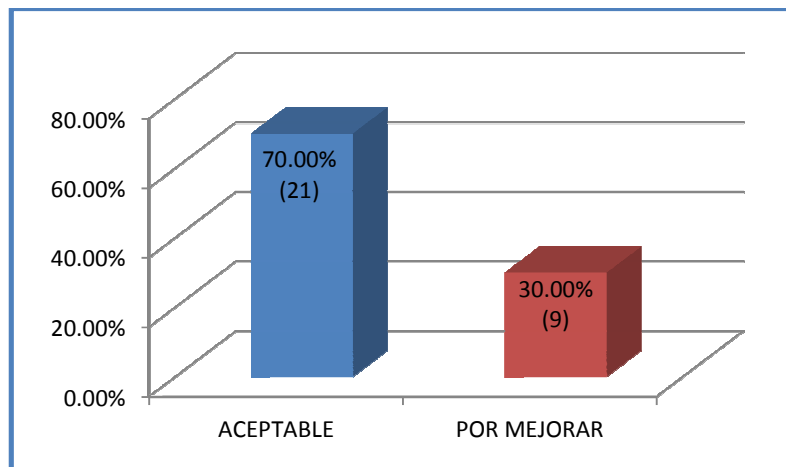
**VALORACION CLINICA RESPIRATORIA DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS DE
LA MUJER. HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
“SAN BARTOLOME”
LIMA – PERÚ
2012**



Sobre la Valoración Clínica Respiratoria en el servicio de cuidados críticos de la mujer del 100% (30) historias clínicas revisadas; 76.67% (23) son aceptables, y 23.33% (7) por mejorar. Los aspectos que son aceptables están referidos a que se encuentran registrados frecuencia y características de la respiración, saturación de oxígeno por oximetría de pulso, la presencia de ruidos agregados, tipo de secreciones bronquiales, presencia de tos productiva, modo ventilatorio y tipo de ventilador, frecuencia respiratoria programada y del paciente, volumen tidal programado y exhalado, presión pico y de soporte, PEEP, flujo inspiratorio, presión de inspiración, relación I:E, mientras que las aspectos por mejorar esta dado por que falta registrar el paso del aire y murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, apoyo ventilatorio y tipo de dispositivo, FiO₂ aportado, el pH y los valores de PaCO₂, PaO₂, fecha de inserción de tubo endotraqueal (Anexo J)

GRAFICO N° 7

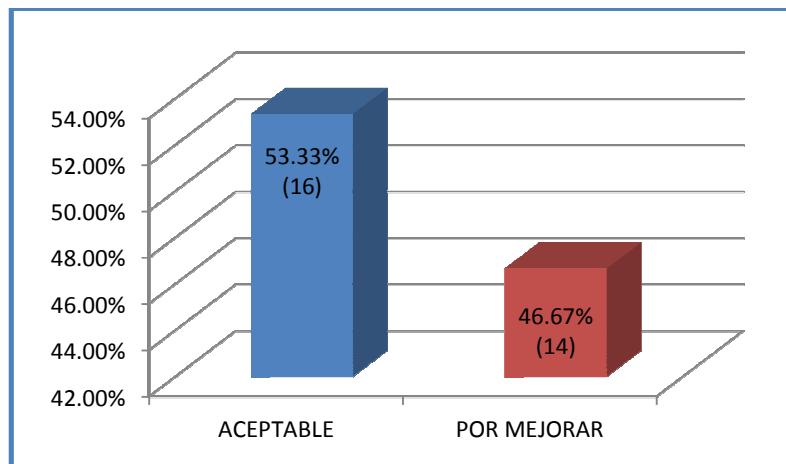
**VALORACION CLINICA GASTROINTESTINAL-NUTRICIONAL DEL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS
CRITICOS DE LA MUJER. HOSPITAL NACIONAL DOCENTE
MADRE NIÑO “SAN BARTOLOME”
LIMA – PERÚ
2012**



En cuanto a la Valoración Clínica Gastrointestinal-Nutricional de las pacientes atendidas en el servicio de cuidados críticos de la mujer del 100% (30) historias clínicas revisadas; 70% (21) son aceptables, y 30% (9) por mejorar. Los aspectos que son aceptables están referidos a que se encuentran registrados ingreso y egresos en forma horaria, fecha de instalación de sondas nasogástrica, orogastricas, nasoyeyunales, características del residuo gástrico, tipo de dieta y tolerancia, nutrición parenteral tipo de solución y cantidad, nutrición enteral tipo de dieta y cantidad, mientras que las aspectos por mejorar esta dado por que falta registrar fecha de retiro o cambio de las sondas, características del abdomen (blando, depresible, abalonado, distendido, timpánico, cirugía, presencia de drenes). (Anexo J)

GRAFICO N° 8

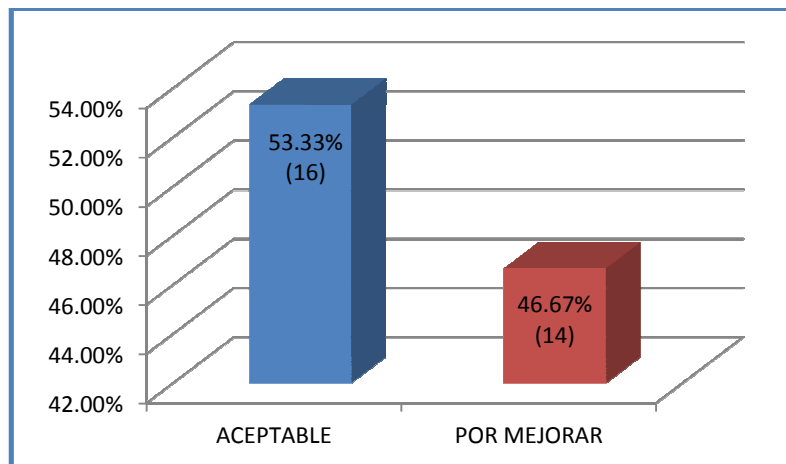
**VALORACION CLINICA RENAL, METABOLICA Y DE LOS
ORGANOS REPRODUCTIVOS DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS
CRITICOS DE LA MUJER. HOSPITAL NACIONAL
DOCENTE MADRE NIÑO “SAN BARTOLOME”
LIMA – PERÚ
2012**



Respecto a la Valoración Clínica Renal, Metabólica, y de los órganos reproductivos de las pacientes atendidas en el servicio de cuidados críticos de la mujer del 100% (30) historias clínicas revisadas; 53.33% (16) son aceptables, y 46.67% (14) por mejorar. Los aspectos que son aceptables están referidos a que se encuentran registrados características de la orina, balance hídrico anterior y acumulado, edemas y zonas de ubicación, características del sangrado vaginal, altura uterina, dinámica uterina, mientras que los aspectos por mejorar están dados por que falta registrar fecha de instalación de la sonda vesical, el pH y los valores de orina, concentraciones séricas de urea y creatinina, valores de glucosa del análisis bioquímico y hemoglucotest, administración de insulina subcutánea o frecuencia de infusión de insulina endovenosa. (Anexo J)

GRAFICO N° 9

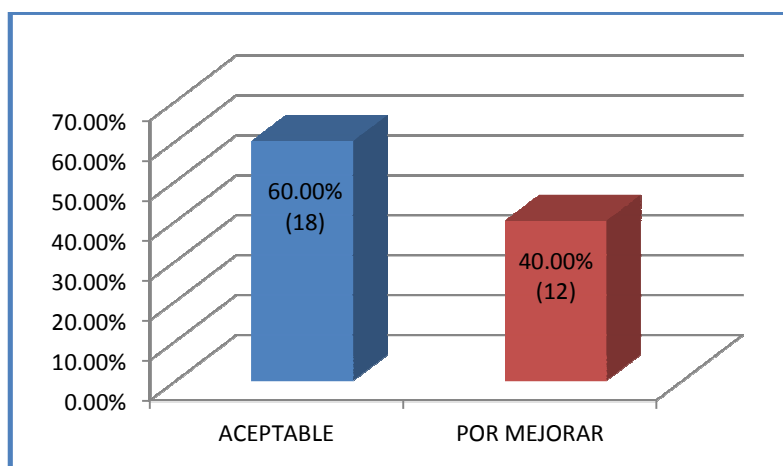
**CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA EN LA
DIMENSION DE ESTRUCTURA EN EL SERVICIO DE
CUIDADOS CRITICOS DE LA MUJER. HOSPITAL
NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
“SAN BARTOLOME”
LIMA – PERÚ
2012**



Sobre la calidad de los registros de enfermería en la dimensión estructura que realiza el profesional de enfermería en la cuidados críticos de la mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, del 100% (30), 53.33% (16) son aceptables y 46.67% (14) por mejorar. Los aspectos que son aceptables están referidos a que se registran los nombres y apellidos completos, historia clínica, uso de lapicero de acuerdo al turno (azul y rojo), los registros están en orden cronológico, no se encuentran errores de ortografía, la expresión gramatical es adecuada y usa terminología médica, los registros son completos, el registro es exacto, las horas son de las 00:00 a las 24:00 horas, se encuentra el sello y firma de la enfermera asistencial de turno, utiliza los formatos adecuados para los registros, mientras que las aspectos por mejorar esta dado por que falta registrar el numero de cama,

GRAFICO N° 10

**CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA EN LA
DIMENSION DE CONTENIDO EN EL SERVICIO DE
CUIDADOS CRITICOS DE LA MUJER. HOSPITAL
NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
“SAN BARTOLOME”
LIMA – PERÚ
2012**



hora de los registros de enfermería, hay espacios en blanco entre las anotación, uso de abreviaturas no estandarizadas, se encuentra enmendaduras y borrones. (Anexo K)

En cuanto a la calidad de los registros de enfermería en la dimensión contenido del 100% (30), 60% (18) son aceptables y 40% (12) por mejorar. (Gráfico N° 10). Los aspectos que son aceptables están referidos a que se realiza una anotación de enfermería al iniciar el turno para evaluar las necesidades del paciente, registra los diagnósticos de enfermería establecidos en la NANDA, los registros de enfermería son notas descriptivas, realiza el plan de cuidados de enfermería, se registran las reacciones adversas a los medicamentos, los acontecimientos críticos son registrados y

detallados, las notas reflejan con claridad el estado de salud del paciente, se describen las actividades en relación a la eliminación vesical e intestinal, indica si se retiró algún dispositivo durante el turno, mientras que los aspectos por mejorar están dados por que los registros no reflejan aspectos psicológicos, emocionales, físicos de los pacientes, las actividades realizadas en cuanto a higiene y movilización de paciente. (Anexo K)

4.2. DISCUSION

La labor del Profesional de Enfermería especializado en cuidados intensivos se logra mediante la observación constante de la evolución del paciente, cumpliendo las indicaciones médicas y realizando las acciones de enfermería según las necesidades del paciente, todo profesional de enfermería debe elaborar el proceso de atención de enfermería y aplicar el plan de cuidados ejecutando acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Asimismo realizar actividades de protección, higiene, comodidad y promover los hábitos higiénicos del paciente.

La Valoración clínica es la exploración física que realiza el profesional de enfermería, a fin de reconocer la existencia o no de alteraciones físicas o signos producidos por enfermedad las cuales permiten una adecuada elaboración de diagnósticos e intervenciones de acuerdo a las necesidades de la paciente y estos deben estar registrados en las hojas de valoración, por lo que es de vital importancia para brindar un cuidado integral de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

La Valoración, es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recolección y organización de los datos sistematizados que conciernen a la persona, familia y entorno, que son la base para las decisiones y actuaciones posteriores. La recolección de datos se obtiene de fuentes variadas como: el sujeto de atención, la familia, el personal de salud, los registros clínicos, el examen de laboratorio, y otras pruebas diagnósticas. Esta fase ayuda a identificar factores y situaciones que guían la determinación de los

diagnósticos reales o potenciales. Dentro de toda valoración de un paciente de cuidados intensivos se debe evaluar los siguiente: Signos vitales (temperatura, presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno), Clasificación de los pacientes, puntuación de la Escala de NEMS, evaluación de la Escala de NORTON, Sistema de puntuación APACHE II, Nivel de Conciencia, evolución de la Escala de Coma Glasgow, sedación Escala de Sedación de Ramsay – RASS, Escala Numérica de Dolor, Sensibilidad y Trastornos del Lenguaje, Pupilas, Convulsiones, Reflejos cutáneos, Reflejos primitivos, Presión Arterial, Frecuencia y ritmo cardiaco, Presión Venosa Central (PVC), Hemoglobina, hematocrito, plaquetas, Electrocardiograma, Frecuencia y características de la respiración, Saturación de Oxígeno, Fracción inspirada de O₂ (FiO₂), Tubo Endotraqueal (TET), Ventilación Mecánica (VM), estado nutricional, intervención nutricional y el pronóstico, Motilidad gastrointestinal, Nutrición artificial (enteral y parenteral), alteraciones del equilibrio acido-base, (hemogasometria), Balance hidrosalino. Características de la orina, Valores de electrolitos (Sodio, Potasio), Hemorragia postparto.

Por los datos obtenidos en el estudio acerca de la Valoración Clínica, se puede concluir que el mayor porcentaje de historias clínica revisadas son aceptables referidos a que se registran los nombres y apellidos completos, diagnostico de ingreso, temperatura corporal, grado de dependencia, puntuación con la escala de Glasgow, presión arterial, frecuencia cardiaca, ritmo cardiaco, resultado de EKG, frecuencia y características de la respiración, saturación de oxígeno, ingresos y egresos en forma horaria, características de la orina, balance hídrico anterior y acumulado, sin embargo existe un porcentaje significativo que esta por mejorar debido a que falta registrar la creencia y religión del paciente, puntuación del dolor mediante la escala numérica del dolor, presencia de cefalea y/o rigidez de nuca, fecha de colocación o cambio de Línea Arterial, zona de inserción de línea arterial, el pH y los valores de orina, concentraciones séricas de urea y creatinina, el valor de glucosa, administración de insulina. Por lo expuesto podemos deducir que la valoración clínica que realiza el profesional de enfermería, lo

que nos indica que son profesionales especializados en la atención de pacientes de gravedad y mantiene la observación constante de la evolución del paciente. Lo que nos permite mejorar el quehacer de enfermería

Los registros se consideran como un documento que avala la calidad, la continuidad de los cuidados, la mejora de la comunicación y que evitan errores, posibles duplicidades que pueden producirse en el cuidado. Dentro de los propósitos de los registros de enfermería tenemos que son un instrumento de apoyo a la gestión, pues permite calcular cargas de trabajo, número de personal requerido, hacer control de calidad del cuidado y conocer resultados de la atención. Es un instrumento para dejar constancia escrita del acto de cuidado que refleja el ejercicio profesional, y prueba de los lineamientos humanos, éticos y científico desarrollados en las intervenciones (responsabilidad ética). Es imposible alcanzar el nivel de profesionalización de una actividad, si esta no queda recogida en documentos que posteriormente pueden ser sometidos a análisis. Solo a través del registro de todo aquello que realizamos, podremos transformar el conocimiento común sobre los cuidados, en conocimientos científico y contribuir con ello al desarrollo disciplinar y profesional. Dentro de las Características en la Dimensión Estructura, están referidas a los aspectos físicos como Escribir con material indeleble, Hacer anotaciones concretas y concisas y con letra legible; Uso de abreviaturas autorizadas; No borrar ni usar líquido corrector, No dejar espacios en blanco ni escribir entre renglones, los párrafos son continuos. El registro es exacto, (0:00 a 24:00 horas). Se encuentra el sello y firma de la enfermera de turno. Utiliza los formatos adecuados para los registros (hojas de notas de enfermería). En relación a las Características en la Dimensión Contenido, están enmarcadas al tipo de información que contiene (incluyen las actividades, acciones, tareas, procedimientos realizados). Se realiza una anotación de enfermería al iniciar el turno para evaluar las necesidades del paciente. Los registros reflejan aspectos psicológicos, emocionales, físicos de los pacientes. Se Registran los diagnósticos NANDA, plan de cuidados de enfermería. Se describen las actividades realizadas en relación a la higiene y movilización, protección de las vías respiratorias, nutrición, eliminación vesical

e intestinal, administración de tratamiento indicado, procedimientos especiales. Registra las condiciones en la que el paciente se encuentra al finalizar el turno, los registros suministran información para la evaluación de protocolos de actuación.

Vallejos Acevedo, Lila Karina, en Lima, el 2010, en su estudio sobre la “Evaluación de las Anotaciones de Enfermería en el Servicio de Cardiología en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”; concluye *“que las anotaciones de enfermería son registradas adecuadamente, al evaluar por componente en el área física las anotaciones de enfermería tenían un registro inadecuado. Al analizar el área de psicología las anotaciones de enfermería se registraron y mencionaron adecuadamente, al valorar criterios de elaboración, con respecto a los datos de filiación que registra la enfermera tiene un adecuado en el llenado”*. (57)

Manco Malpica, Antonia Maribel, en Cañete, el 2010, en su estudio sobre las “Características de las Anotaciones de Enfermería en el Servicio de Medicina del Hospital Rezola Cañete”; concluye *“que las anotaciones de enfermería en el Hospital Rezola – Cañete en un porcentaje considerable se evidencia una atención completa, porque registra las funciones vitales, coloca nombre y apellido del paciente, registra los datos objetivos, pero existe un porcentaje de anotaciones incompletas y están dado porque no mencionan el motivo por el cual no se administró el tratamiento, no registra cuidados relacionados en el área emocional y no coloca firma y sello del profesional”*. (58)

Por los datos obtenidos en el estudio acerca de la calidad de los registros de enfermería se puede concluir que el mayor porcentaje son aceptables ya que se registran los nombres y apellidos completos, historia clínica, uso de lapicero de acuerdo al turno, la expresión gramatical es adecuada y usa terminología médica, el registro es exacto, las horas son de las 00:00 a 24:00 horas, se encuentra el sello y firma de la enfermera de turno, se realiza una anotación de enfermería al iniciar el turno para evaluar las necesidades del paciente, registra los diagnósticos de enfermería NANDA, los registros de enfermería son notas descriptivas, realiza el plan de cuidados de enfermería,

se registran las reacciones adversas a los medicamentos, los acontecimientos críticos son registrados y detallados, sin embargo existe un porcentaje significativo que esta por mejorar debido a que se hace uso de abreviaturas no estandarizadas, se encuentra enmendaduras y borrones, los registros no reflejan aspectos psicológicos, emocionales, físicos de los pacientes, la actividades realizadas en cuanto a higiene y movilización de paciente. En base a lo expuesto podemos deducir que la calidad de los registros de enfermería que aceptable y estos a su vez nos indican que son profesionales especializados en la atención de pacientes de gravedad y mantienen la observación constante de su evolución, las cuales se encuentran registradas.

Dentro de toda valoración clínica general de pacientes de cuidados intensivos se registrar los datos de filiación, signos vitales, grados de dependencia, Grupo sanguíneo y factor. Tipo de seguro (AUS, SIS, Particular), Evaluación de la escala NEMS, Estado de la Piel (íntegra, seca. Deshidratada, ictericia, palidez, escoriaciones flictenas, micosis, rash, úlceras por presión), Fecha de colocación y zona de inserción de catéter venoso periférico, Presencia de equimosis, hematomas, petequias, lesiones de venopunción, Creencia y religión del paciente, Antecedentes patológicos y quirúrgicos del paciente. Por los datos obtenidos en relación a la valoración clínica general se tiene un mayor porcentaje en la condición por mejorar, debido a que se obvian colocar el grupo sanguíneo y factor, fecha de ingreso, evaluación obtenida en la escala de NEMS, fecha de colocación y zona de inserción de catéter venoso periférico, presencia de equimosis, hematomas, petequias, lesiones por venopunción, creencia y religión del paciente, antecedentes patológicos y quirúrgicos del paciente, mientras que un porcentaje significativo se encuentra aceptable ya que se registran los nombres y apellidos completos, historia clínica, número de cama, edad, peso, fecha de ingreso, diagnóstico de ingreso, tipo de seguro (AUS, SIS, Particular), estado de la piel, temperatura corporal, grado de dependencia. Es importante realizar esta valoración ya que presentan al paciente y si está incompleta podrían generar errores en la ejecución de actividades.

Acerca de la Valoración Clínica Neurológica se deben de registrar el Estado

de conciencia si el paciente se encuentra orientado, desorientado, agitado, confuso, letárgico, soporoso o en coma. Puntuación con la escala de Glasgow, Grado de sedación con las escalas de Ramsay o RASS. Medicamentos utilizados en la sedoanalgesia, Frecuencia de la infusión, Puntuación del dolor mediante la escala numérica de dolor. Si hay un lenguaje adecuado o hay trastornos del lenguaje. Evaluación del tamaño pupilar (miosis o midriasis) del paciente. Simetría de pupilas (isocóricas o anisocóricas). Evaluación de las pupilas (fotoreactivas o hiporeactivas). Evaluación de los reflejos, corneal, ciliar y tusígeno. (Hiperreflexia, hiporeflexia), Presencia de hipoestesia, hiperestesia o anestesia., Presencia de cefalea y/o rigidez de nuca, Convulsiones, el tipo y características de estas, Reflejos patológicos (babinski, succión, palmomentoniano). Dentro de los resultados obtenidos acerca de la Valoración Clínica Neurológica en un porcentaje mayor están por mejorar, debido a que falta registrar la condición del paciente si está orientado, desorientado, agitado, confuso, letárgico, soporoso, o en coma, grado de sedación, puntuación del dolor, evaluación de los reflejos y reflejos patógenos, presencia de cefalea o rigidez de nuca, mientras que un porcentaje menor se encuentra aceptables y esta referidos a que se registran el estado de conciencia, puntuación de la escala de Glasgow, medicamentos utilizados en la sedoanalgesia, frecuencia de la infusión, la evaluación del lenguaje (adecuado o trastornos), evaluación del tamaño pupilar y simetría, convulsiones (tipo y características). Esta valoración nos permite identificar el grado de dependencia del paciente y nos permite realizar la adecuada distribución de los cuidados de enfermería.

En cuanto a la Valoración Clínica Cardiológica, donde se deben registrar los valores de Presión arterial, Presión arterial media (PAM), Frecuencia cardiaca, Ritmo cardiaco (sinusal, taquicardia, bradicardia, etc.), Monitorización de latidos cardiacos fetales, Valores de hemoglobina, hematocrito, plaquetas, entre otros valores del hemograma, Tiempo de llenado capilar, Cianosis central y periférica, instalación de dispositivos como Catéter venoso central (CVC), Línea Arterial (LA), medición de la Presión Venosa Central (PVC), administración de drogas inotrópicas Infusión y dosis

administrada, la realizo toma de Electrocardiograma (EKG). Respecto a la Valoración Clínica Cardiológica en un mayor porcentaje se encuentran en la condición de aceptables. Debido a que se encuentran registrados los datos de la presión arterial, presión arterial media, frecuencia cardiaca, ritmo cardiaco, uso de drogas inotrópicas, la toma de EKG. Mientras que un menor porcentaje esta por mejorar dado por que falta registrar la monitorización de latidos cardiacos fetales, fecha de colocación y cambio de catéter venoso central, zona de inserción, presión venosa central, fecha de colocación y cambio de la línea arterial, zona de inserción, tiempo de llenado capilar, cianosis central y periférica e ingurgitación periférica. Esta dimensión nos permite identificar si el paciente esta hemodinamicamente estable y si es necesario el uso de actividades extraordinarias para el soporte de vida del paciente.

En relación a la Valoración Clínica Respiratoria, se deben de registrar los valores de Frecuencia indicando las características de la respiración, Saturación de Oxígeno, realizar la auscultación de pulmones y registrar los evidenciado en cuanto al Murmullo vesicular (normales, disminuidos), Ruidos respiratorios agregados (roncantes, estertores, sibilantes), si el paciente utiliza algún dispositivos de apoyo ventilatorio (cánula binasal, mascarilla de reservorio, mascarilla de venturi, ventilador mecánico no invasivo e invasivo), el uso de oxigeno suplementario e indicar el FiO2 aportado, indicar los exámenes de gasometría (El pH y los valores PaCO2, PaO2) instalación de tubo endotraqueal (TET) o traqueostomia (TQT), nivel en el cual se tiene fijado el TET, si se realiza aspiración de secreciones bronquiales (purulentas, sanguinolentas, fluidas, densas, clara, amarilla). En caso de usar Ventilación Mecánica (VM) se deben de registrar el Modo ventilatorio y tipo de respirador, Frecuencia respiratoria programada y frecuencia respiratoria del paciente, Volumen tidal programado y exhalado, Presión pico, presión de soporte, PEEP, Flujo inspiratorio, Presión de inspiración, Relación I:E, tiempo inspiratorio y espiratorio. Acerca de la Valoración Clínica Respiratoria en un porcentaje mayor se encuentran aceptable, ya que se encuentran registrados frecuencia y características de la respiración, saturación de oxígeno, la

presencia de ruidos agregados, tipo de secreciones bronquiales, presencia de tos productiva, modo ventilatorio y tipo de ventilador, frecuencia respiratoria programada y del paciente, volumen tidal programado y exhalado, presión pico y de soporte, PEEP, flujo inspiratorio, presión de inspiración, relación I:E,. mientras que un porcentaje menor esta por mejorar debido a que falta registrar el paso del aire y murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, apoyo ventilatorio y tipo de dispositivo, FiO₂ aportado, el pH y los valores de PaCO₂, PaO₂, fecha de inserción de tubo endotraqueal. Esta dimensión nos permite identificar si el paciente presenta una ventiloperfusion adecuada.

Dentro de la Valoración Clínica Gastrointestinal – Nutricional, se deben de registrar el uso de sondas nasogástrica (SNG), orogástricas (SOG), naso yeyunal (SNY), Características del residuo gástrico (alimenticio, bilioso, porraceo), de los ruidos hidroaéreos (presente, ausente, disminuido), del abdomen (blando, depresible, abalonado, distendido, timpánico, cirugías, presencia de drenes), Frecuencia de las deposiciones (liquida, semilíquida, pastosa), Vómitos (cantidad y las características). Tipo de dieta y tolerancia (Nutrición parenteral y enteral). Acerca de la Valoración Clínica Gastrointestinal-Nutricional se tiene en un mayor porcentaje en la condición de aceptable. Ya que se encuentran registrados ingreso y egresos, fecha de instalación de sondas, características del residuo gástrico, tipo de dieta y nutrición (parenteral y enteral). Mientras que un porcentaje menor se encuentra por mejorar, debido a que falta registrar fecha de retiro o cambio de las sondas, características del abdomen (blando, depresible, abalonado, distendido, timpánico, cirugía, presencia de drenes). Esta dimensión permite identificar a los pacientes con mayor riesgo nutricional y por ende a mayor estancia.

Dentro de la Valoración Clínica Renal, Metabólica y Órganos Reproductivos, se deben de registrar el uso de sonda vesical (SV), Características de la orina (clara, colurica, hematúrica, oliguria, poliuria, anuria), El pH y los valores de orina, las Concentraciones séricas de urea y creatinina, Valores de electrolitos (Sodio, Potasio y calcio), el Balance hídrico anterior y acumulado, el Valor de la glucosa del análisis bioquímico y hemoglucotest, la Administración de

insulina subcutánea o frecuencia de infusión de insulina endovenosa, Edemas y zona de ubicación, fétidos), Altura uterina (útero grávido, contraído, no contraído, hipotónico), Dinámica uterina (presente, ausente) Características del Sangrado vaginal (loquios normales, escasos abundantes). Acerca de la Valoración Clínica Renal, Metabólica, y de los órganos reproductivos en un porcentaje mayor se encuentran aceptables. Puesto que se registra las características de la orina, balance hídrico anterior y acumulado, edemas y zonas de ubicación, características del sangrado vaginal, altura uterina, dinámica uterina. mientras que un porcentaje menor se encuentra por mejorar debido a que falta registrar fecha de instalación de la sonda vesical, el pH y los valores de orina, concentraciones séricas de urea y creatinina, valores de glucosa del análisis bioquímico y hemoglucotest, administración de insulina subcutánea o frecuencia de infusión de insulina endovenosa. Esta dimensión nos permite identificar a pacientes con trastornos renales y/o metabólicos, alteración de los órganos reproductivos, los cuales necesitan la ejecución de actividades extraordinarias como hemodiálisis, legrados uterinos, interconsultas entre otros.

Respecto a la calidad de los registros de enfermería en cuanto a la Estructura, se encuentran los datos de filiación, Historia clínica, Número de cama, Fecha y hora de los registros de enfermería, Escritura en forma legible, Uso lapicero de acuerdo al turno, los registros están en orden cronológico, presencia de errores de ortografía, Los párrafos son continuos, Hay espacios en blanco entre anotaciones, En caso de utilizar abreviaturas o incluyendo sólo las estandarizadas, Se encuentra enmendaduras y/o borrones, Se encuentra el sello y firma de la enfermera asistencial de turno y el uso de los formatos adecuados para los registros (hojas de notas de enfermería).

Palomino Zarate, Briditt, en Lima, el 2009, en su estudio sobre la "Calidad de las Anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho"; concluye *"que la calidad de las anotaciones de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho, en un porcentaje considerable son de deficiente calidad, referido a que no coloca el cargo, existen espacios en blanco, no registra el motivo por el cual no administra tratamiento, y en un menor*

porcentaje significativo son de buena calidad que esta dado por que utiliza las abreviaturas autorizadas, utilizan la tinta azul en notas de da y rojo en la noche, colocan la fecha y el nombre del enfermero". (59)

Acerca de la calidad de los registros de enfermería en cuanto a la dimensión de estructura se tiene un porcentaje mayor en la categoría de aceptable, ya que se registran los nombres y apellidos completos, historia clínica, uso de lapicero de acuerdo al turno (azul y rojo), los registros están en orden cronológico, no se encuentran errores de ortografía, la expresión gramatical es adecuada y usa terminología médica, los registros son completos, el registro es exacto, las horas son de las 00:00 a las 24:00 horas, se encuentra el sello y firma de la enfermera asistencial de turno, utiliza los formatos adecuados para los registros. Mientras que un porcentaje menor esta por mejorar debido a que falta registrar el número de cama, hora de los registros de enfermería, hay espacios en blanco entre las anotación, uso de abreviaturas no estandarizadas, se encuentra enmendaduras y borrones. Estos valores nos indican que el profesional de enfermería realiza las anotaciones necesarias de acuerdo a las actividades realizadas.

En cuanto a la calidad de los registros de enfermería en cuanto al Contenido se encuentran las anotaciones de enfermería al iniciar el turno para evaluar las necesidades del paciente entre los que se deben de indicar los aspectos psicológicos, emocionales, físicos, la elaboración de los diagnósticos deben de estar en base a la NANDA, deben de ser notas descriptivas, en el que s encuentre el plan de cuidados de enfermería, el uso de medicamentos y las reacciones adversas en caso las hubiera, los acontecimientos críticos son registrados y detallar con claridad el estado de salud del paciente, deben de describir las actividades realizadas (higiene, movilización, Protección de las vías respiratorias, Nutrición, Eliminación vesical e intestinal, Administración de tratamiento indicado, Procedimientos especiales), Registra las condiciones en la que el paciente se encuentra al finalizar el turno (funciones vitales, estado de conciencia, retiro de dispositivos, si está pendiente la realización de algún examen o procedimiento).

Valverde Mamani, Angélica, en Lima, el 2013, en su estudio sobre la "Calidad

de los Registros de Enfermería elaborado por las enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional de Salud del Niño 2009”;concluye *“que la calidad de los registros de enfermería elaborados por las enfermeras en centro quirúrgico en su mayoría es media a baja referido a que el formato a pesar de estar basado en la estructura del SOAPIE, no permite un registro adecuado de información en los datos subjetivos se registran datos relevantes incompletos que la enfermera menciona al momento de recepción del paciente, en el planteamiento la enfermera no formula objetivos, no consignan el diagnostico de enfermería, no registran los datos subjetivos, análisis e interpretación, intervenciones, plan u objetivos, ni evaluación, y un mínimo porcentaje lo considera alto respecto a que registra en las intervenciones el monitoreo de signos vitales y los datos de filiación del paciente, un registro legible y claro, no presenta enmendaduras ni borrones, presenta la fecha y hora de registros por turnos”*. (60)

Acerca de la calidad de los registros de enfermería en cuanto a la dimensión de contenido en un porcentaje mayor se encuentran en la condición de aceptable, ya que se realiza una anotación de enfermería al iniciar el turno para evaluar las necesidades del paciente, registra los diagnósticos de enfermería establecidos en la NANDA, los registros de enfermería son notas descriptivas, realiza el plan de cuidados de enfermería, se registran las reacciones adversas a los medicamentos, los acontecimientos críticos son registrados y detallados, las notas reflejan con claridad el estado de salud del paciente, se describen las actividades en relación a la eliminación vesical e intestinal, indica si se retiro algún dispositivos durante el turno. Mientras que un porcentaje menor esta por mejorar debido a que los registros no reflejan aspectos psicológicos, emocionales, físicos de los pacientes, las actividades realizadas en cuanto a higiene y movilización de paciente. Esta dimensión nos permite visualizar que el profesional de enfermería realiza los registros de enfermería de acuerdo a los hallazgos encontrados, las actividades realizadas dentro del turno y las condiciones en las que deja al finalizar el turno y el trabajo de enfermería sea continuado.

CAPITULO V

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Acerca de la Valoración Clínica, se concluye que el mayor porcentaje de historias clínicas revisadas son aceptables, pues registran los nombres y apellidos completos, diagnostico de ingreso, temperatura corporal, grado de dependencia, puntuación con la escala de Glasgow, presión arterial, frecuencia y ritmo cardiaco, resultado de EKG, frecuencia y características de la respiración, saturación de oxígeno, ingresos y egresos en forma horaria, características de la orina, balance hídrico anterior y acumulado, sin embargo existe un porcentaje significativo que esta por mejorar debido a que falta registrar la creencia y religión del paciente, puntuación del dolor mediante la escala numérica del dolor, presencia de cefalea y/o rigidez de nuca, fecha de colocación o cambio de Línea Arterial, zona de inserción de línea arterial, el pH y los valores de orina, concentraciones séricas de urea y creatinina, el valor de glucosa, administración de insulina.
- Respecto a la calidad de los registros de enfermería, según los datos obtenido en el estudio se puede concluir que el mayor porcentaje es aceptable ya que se registran los nombres y apellidos completos, historia clínica, uso de lapicero de acuerdo al turno, la expresión gramatical es adecuada y usa terminología médica, el registro es exacto (00:00 a 24:00 horas), se encuentra el sello y firma de la enfermera de turno, se realiza una anotación de enfermería al iniciar el turno para evaluar las necesidades del paciente, registra los diagnósticos de enfermería NANDA, realiza el plan de cuidados de enfermería, se registran las reacciones adversas a los medicamentos y los acontecimientos críticos son detallados, sin embargo existe un porcentaje significativo que esta por mejorar debido a que se hace uso de abreviaturas no estandarizadas, se

encuentra enmendaduras y borrones, los registros no reflejan aspectos psicológicos, emocionales, físicos de los pacientes, la actividades realizadas en cuanto a higiene y movilización de paciente.

- En relación a la valoración clínica general se tiene un mayor porcentaje en la condición por mejorar, debido a que se obvia colocar el grupo sanguíneo y factor, fecha de ingreso, evaluación obtenida en la escala de NEMS, fecha de colocación y zona de inserción de catéter venoso periférico, presencia de equimosis, hematomas, petequias, lesiones por venopunción, creencia y religión del paciente, antecedentes patológicos y quirúrgicos del paciente, mientras que un porcentaje significativo se encuentra aceptable ya que se registran los nombres y apellidos completos, historia clínica, numero de cama, edad, peso, fecha de ingreso, diagnostico de ingreso, tipo de seguro (AUS, SIS, Particular), estado de la piel, temperatura corporal, grado de dependencia.
- Sobre la Valoración Clínica Neurológica por los datos obtenidos se tiene un porcentaje mayor están por mejorar, debido a que falta registrar la condición del paciente si está orientado, desorientado, agitado, confuso, letárgico, soporoso, o en coma, grado de sedación, puntuación del dolor, evaluación de los reflejos y reflejos patógenos, presencia de cefalea o rigidez de nuca, mientras que un porcentaje menor se encuentra aceptables y esta referidos a que se registran el estado de conciencia, puntuación de la escala de Glasgow, medicamentos utilizados en la sedoanalgesia, frecuencia de la infusión, la evaluación del lenguaje (adecuado o trastornos), evaluación del tamaño pupilar y simetría, convulsiones (tipo y características).
- Acerca de la Valoración Clínica Cardiológica en un mayor porcentaje se encuentran aceptables. Debido a que se encuentran registrados los datos de la presión arterial, presión arterial media, frecuencia cardiaca, ritmo cardiaco, uso de drogas inotrópicas, la toma de EKG. Mientras que un menor porcentaje esta por mejorar dado por que falta registrar la

monitorización de latidos cardiacos fetales, fecha de colocación y cambio de catéter venoso central, zona de inserción, presión venosa central, fecha de colocación y cambio de la línea arterial, zona de inserción, tiempo de llenado capilar, cianosis central y periférica e ingurgitación periférica.

- Respecto a la Valoración Clínica Respiratoria en un porcentaje mayor se encuentran aceptable, ya que se encuentran registrados frecuencia y características de la respiración, saturación de oxígeno, la presencia de ruidos agregados, tipo de secreciones bronquiales, presencia de tos productiva, modo ventilatorio y tipo de ventilador, frecuencia respiratoria programada y del paciente, volumen tidal programado y exhalado, presión pico y de soporte, PEEP, flujo inspiratorio, presión de inspiración, relación I:E,. Mientras que un porcentaje menor esta por mejorar debido a que falta registrar el paso del aire y murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, apoyo ventilatorio y tipo de dispositivo, FiO2 aportado, el pH y los valores de PaCO2, PaO2, fecha de inserción de tubo endotraqueal.
- En relación a la Valoración Clínica Gastrointestinal-Nutricional se tiene un mayor porcentaje en la condición de aceptable. Ya que se encuentran registrados ingreso y egresos, fecha de instalación de sondas, características del residuo gástrico, tipo de dieta y nutrición (parenteral y enteral). Mientras que un porcentaje menor se encuentra por mejorar, debido a que falta registrar fecha de retiro o cambio de las sondas, características del abdomen (blando, depresible, abalonado, distendido, timpánico, cirugía, presencia de drenes).
- Sobre la Valoración Clínica Renal, Metabólica, y de los órganos reproductivos en un porcentaje mayor se encuentran aceptable. Puesto que se registra las características de la orina, balance hídrico anterior y acumulado, edemas y zonas de ubicación, características del sangrado vaginal, altura uterina, dinámica uterina. Mientras que un porcentaje menor se encuentra por mejorar debido a que falta registrar fecha de

instalación de la sonda vesical, el pH y los valores de orina, concentraciones séricas de urea y creatinina, valores de glucosa del análisis bioquímico y hemoglucotest, administración de insulina subcutánea o frecuencia de infusión de insulina endovenosa.

- Acerca de la calidad de los registros de enfermería en cuanto a la dimensión estructura se tiene un porcentaje mayor en la categoría de aceptable, ya que se registran los nombres y apellidos completos, historia clínica, uso de lapicero de acuerdo al turno (azul y rojo), los registros están en orden cronológico, no se encuentran errores de ortografía, la expresión gramatical es adecuada y usa terminología médica, los registros son completos, el registro es exacto (00:00 a las 24:00 horas), se encuentra el sello y firma de la enfermera asistencial de turno, utiliza los formatos adecuados para los registros. Mientras que un porcentaje menor esta por mejorar debido a que falta registrar el número de cama, hora de los registros de enfermería, hay espacios en blanco entre las anotación, uso de abreviaturas no estandarizadas, se encuentra enmendaduras y borrones.
- Respecto a la calidad de los registros de enfermería en cuanto a la dimensión contenido en un porcentaje mayor se encuentran aceptables, ya que se realiza una anotación de enfermería al iniciar el turno para evaluar las necesidades del paciente, registra los diagnósticos de enfermería establecidos en la NANDA, los registros de enfermería son notas descriptivas, realiza el plan de cuidados de enfermería, se registran las reacciones adversas a los medicamentos, los acontecimientos críticos son registrados y detallados, las notas reflejan con claridad el estado de salud del paciente, se describen las actividades en relación a la eliminación vesical e intestinal, indica si se retiro algún dispositivos durante el turno. Mientras que un porcentaje menor esta por mejorar debido a que los registros no reflejan aspectos psicológicos, emocionales, físicos de los pacientes, las actividades realizadas en cuanto a higiene y movilización de paciente.

5.2.LIMITACIONES

En cuando a las limitaciones del presente estudio están dadas porque las conclusiones y los resultados sólo son validos para la población de estudio.

5.3.RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del estudio son:

- Que el Departamento de Enfermería en coordinación con la Jefatura de la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer promuevan un programa de educación permanente para la elaboración de registros de enfermería que cumplan las normas establecidas por la institución y el Colegio Nacional de Enfermeros, ya que el Registro de las Actividades y apreciaciones del profesional de enfermería, brindan información relevante acerca del quehacer diario de la enfermera
- Realizar proyectos de mejora continua de la calidad las cuales nos permitirán mejorar las competencias del profesional de enfermería en la valoración clínica del paciente en las que se considere una información completa para la toma de decisiones y el tratamiento oportuno.
- Que el Departamento de Enfermería en coordinación con la Jefatura de la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer conforme y/fortalezca comités de Supervisión, monitoreo y evaluación de la valoración clínica y los registros de enfermería a fin de mejorar la calidad de la documentación que evidencia el cuidado de enfermería las cuales nos permitirán mejorar los procesos de auditoría, investigación, supervisión y cuidado propiamente dicho.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Colegio de Enfermeros del Perú. "Código de Ética y Deontología". Lima - Perú. 4ta. Modificatoria. 2008
- (2) Martínez Q. A. "Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería". España, Revista Gallega de Actualidad Sanitaria. 2004
- (3) Ibarra Fernández Antonio José, García Sánchez María del Mar. "Registros de enfermería" España. 2007
- (4)(17) Ñañez Huapaya, Miguel Ángel. "Calidad de los Registro de Enfermería en la UCI del Hospital Daniel Alcides Carrión" [Tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería] Lima – Perú. UNMSM 2006
- (5)(13)(57) Vallejos Acevedo, Lila Karina. "Evaluación de las Anotaciones de Enfermería en el Servicio de Cardiología en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins". [Trabajo de Investigación para optar el título de Especialista en Enfermería en Cardiología] Lima – Perú. UNMSM 2010
- (6)(15)(59) Palomino Zarate, Briditt, "Calidad de las Anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho", Ayacucho, 2009. [Trabajo de Investigación para optar el título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico] Lima – Perú. UNMSM 2010
- (7)(14)(58) Manco Malpica, Antonia Maribel, "Características de las Anotaciones de Enfermería en el Servicio de Medicina del Hospital Rezola Cañete - 2010". [Trabajo de Investigación para optar el título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres] Lima – Perú. UNMSM 2010
- (8) Ramos-Silva, Elizabeth, Nava-Galán, María Guadalupe; San-Juan, Daniel. "Conocimiento y Percepciones de la Adecuada Complementación de los Registros de Enfermería en un Centro de Tercer Nivel", México, 2011
- (9) Paz Wilches, Madonia Isabel, Validación del Formato Proceso de Atención de Enfermería Estandarizado en el Área Crítica de una Institución de Salud" Colombia, 2006.
- (10) García, Silvia - Meza, Angélica, "Análisis de los Informes de

- Enfermería de los Hospitales Públicos de la Ciudad de Corrientes” Buenos Aires-Argentina, 2003.
- (11) Chaparro Díaz, Lorena - García Urueña, Diana Carolina, “Registros del Profesional de Enfermería como Evidencia de la Continuidad del Cuidado” Bogotá-Colombia, 2003.
- (12)(60) Valverde Mamani, Angélica, “Calidad de los Registros de Enfermería elaborado por las enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional de Salud del Niño 2009”, [Trabajo de Investigación para optar el título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico] Lima – Perú. UNMSM 2013
- (16) Ruda Rojas, Norma S., “Nivel de Conocimiento y Aplicación de las notas de Enfermería que tiene las enfermeras de Sala de Operaciones del Hospital Alberto Sabogal Sologuren” [Trabajo de Investigación para optar el título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico] Lima – Perú. UNMSM 2007
- (18)(19) Colegio de Enfermeros del Perú. “Ley del Trabajo de la Enfermera(o) N° 27669”. Lima – Perú 2002
- (20) Colegio de Enfermeros del Perú. “Reglamentación de Ley del Trabajo del Enfermero Peruano Ley N° 27669 Decreto Supremo N° 004 - 2002 – SA”. Lima – Perú 2002
- (21) Torres Esperón Julia Maricela, Hernández Rodríguez Juan Carlos y otros. “Funciones y Tareas Asistenciales de Enfermería en los Cuidados Intensivos”. La Habana – Cuba. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias, 2004
- (22)(23)(24)(25)(26) León Román, Carlos Agustín. “Enfermería en Urgencias Tomo I”. La Habana - Cuba, Ed. Ciencias Medicas, 2008
- (27)(28)(29)(30) Diego Luis Álvarez Montoya, “Semiología Médica Integral”, Colombia, Ed. Universidad de Antioquia, 2006
- (31) Del Campo Pérez, V, Rivas Vila, A. y otros. “Aplicación de la Escala NEMS en la Cuantificación del Trabajo de Enfermería en una UCI Polivalente”. España, Ed. Universidad de Murcia, 2008
- (32)(34)(36)(37)(38)(39) García De Lorenzo, Abelardo Y Mateos. “Scores Pronósticos y Criterios Diagnósticos en el Paciente Critico”. España,

Ed.Ergon. 2006.

- (33) Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). "Clasificación-Estadiaje de las Úlceras por Presión". Logroño - España. 2003
- (35)(40)(41)(42)(43) Harrison Online "Parte XV. Trastornos neurológicos. Sección 1. Diagnóstico de las enfermedades neurológicas". México Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 2006
- (44)(45)(46) Guyton, Arthur - Hall, Jhon, "Tratado de Fisiología Medica", México Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 2010
- (47) Chiappero, Guillermo - Villarejo Fernando, "Ventilación Mecánica" Buenos Aires- Argentina, Ed. Medica Panamericana, 2005
- (48)(49)(50)(51) León Toman, Carlos Agustín. "Enfermería en Urgencias Tomo II". La Habana - Cuba, Ed. Ciencias Medicas, 2008
- (52) Carpenito, L.J. Planes de Cuidado y Documentación en Enfermería". España. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana 1994.
- (53) Ruiz Hontangas, Antonio "Calidad en los Registros de Enfermería" España. URL: <http://www.fac.org.ar>, 2005
- (54)(55)(56) Colegio de Enfermeras(os) del Perú Consejo Nacional. "Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero", Lima - Perú. 2008.

BIBLIOGRAFIA

- Andresen Hernández, Max. "Manual de Medicina Intensiva". Chile. Ed. Mediterráneo. 2010
- Balderas M. "Administración de los Servicio de Enfermería" 3ra Edición. México. Ed. Mc Graw Hill Interamericana 2007
- Castillo Rivas, Jacqueline "Registros de salud: evaluación estadística de su calidad" Costa Rica <http://www.scielo.sa.cr> 1997
- Carpenito, L.J. "Diagnósticos de Enfermería". España. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana 2002
- Carpenito, L.J. Planes de Cuidado y Documentación en Enfermería". España. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana 1994.
- Chaparro Díaz, Lorena y García Urueña, Diana Carolina, "Registros del Profesional de Enfermería como Evidencia de la Continuidad del Cuidado" Bogotá-Colombia, 2003.
- Chiappero, Guillermo y Villarejo Fernando, "Ventilación Mecánica" Buenos Aires - Argentina, Ed. Medica Panamericana, 2005
- Colegio de Enfermeros del Perú. "Código de Ética y Deontología". Lima - Perú. 4ta. Modificatoria. 2008
- Colegio de Enfermeras(os) del Perú Consejo Nacional. "Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero", Lima - Perú. 2008.
- Colegio de Enfermeros del Perú. "Ley del Trabajo de la Enfermera(o) N° 27669". Lima – Perú 2002
- Colegio de Enfermeros del Perú. "Reglamentación de Ley del Trabajo del Enfermero Peruano Ley N° 27669 Decreto Supremo N° 004 - 2002 – SA". Lima – Perú 2002
- Del Campo Pérez, V, Rivas Vila, A. y otros. "Aplicación de la Escala NEMS en la Cuantificación del Trabajo de Enfermería en una UCI Polivalente". España, Ed. Universidad de Murcia, 2008
- Diego Luis Álvarez Montoya, "Semiología médica integral", Colombia, Ed. Universidad de Antioquia, 2006
- García de Lorenzo, Abelardo y Mateos. "Scores Pronósticos y Criterios Diagnósticos en el Paciente Critico". España, Ed. Ergon. 2006.

García, Silvia - Meza, Angélica, "Análisis de los Informes de Enfermería de los Hospitales Públicos de la Ciudad de Corrientes" Buenos Aires-Argentina, 2003.

Gartner LP, Hiatt JL. "Histología Texto y Atlas". México. Ed. Mc Graw Hill Interamericana; 1997

Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). "Clasificación-Estadiaje de las Úlceras por Presión". Logroño - España. 2003

Guyton, Arthur y Hall, Jhon, "Tratado de Fisiología Medica", México Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 2010

Harrison Online "Parte XV. Trastornos neurológicos. Sección 1. Diagnóstico de las enfermedades neurológicas". México Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 2006

Hernández Sampieri, Roberto y Col. "Metodología de la Investigación Científica". México. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 2003

Ibarra Fernández Antonio José, García Sánchez María Del Mar. "Registros de enfermería" España. 2007

León Román, Carlos Agustín. "Enfermería en Urgencias Tomo I". La Habana - Cuba, Ed. Ciencias Medicas, 2008

León Román, Carlos Agustín. "Enfermería en Urgencias Tomo II". La Habana - Cuba, Ed. Ciencias Medicas, 2008

Manco Malpica, Antonia Maribel, "Características de las Anotaciones de Enfermería en el Servicio de Medicina del Hospital Rezola Cañete - 2010" [Trabajo de Investigación para optar el título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres] Lima – Perú. UNMSM 2010

Martínez Q. A. "Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería". España, Revista Gallega de Actualidad Sanitaria. 2004

Ñañez Huapaya, Miguel Ángel. "Calidad de los Registro de Enfermería en la UCI del Hospital Daniel Alcides Carrión" [Tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería] Lima – Perú. UNMSM 2006

Paz Wilches, Madonia Isabel, Validación del Formato Proceso de Atención de Enfermería Estandarizado en el Área Crítica de una Institución de Salud" Colombia, 2006.

Palomino Zarate, Briditt, "Calidad de las Anotaciones de Enfermería en el Hospital Regional de Ayacucho", Ayacucho, 2009. [Trabajo de Investigación para optar el título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico] Lima – Perú. UNMSM 2010

Ramos-Silva, Elizabeth, Nava-Galán, María Guadalupe; San-Juan, Daniel "Conocimiento y Percepciones de la Adecuada Complementación de los Registros de Enfermería en un Centro de Tercer Nivel", México, 2011

Ruda rojas, Norma S., "Nivel de Conocimiento y Aplicación de las notas de Enfermería que tiene las enfermeras de Sala de Operaciones del Hospital Alberto Sabogal Sologuren" [Trabajo de Investigación para optar el título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico] Lima – Perú. UNMSM 2007

Ruiz Hontangas, Antonio "Calidad en los Registros de Enfermería" España. URL: <http://www.fac.org.ar>, 2005

Sánchez Carlessi, Hugo. "Metodología y Diseño de Investigación Científica". Lima - Perú, Ed. Mantaro 1996

Torres Esperón Julia Maricela, Hernández Rodríguez Juan Carlos y otros. "Funciones y Tareas Asistenciales de Enfermería en los Cuidados Intensivos". La Habana – Cuba. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias, 2004

Vallejos Acevedo, Lila Karina "Evaluación de las Anotaciones de Enfermería en el Servicio de Cardiología en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins", [Trabajo de Investigación para optar el título de Especialista en Enfermería en Cardiología] Lima – Perú. UNMSM 2010

Valverde Mamani, Angélica, "Calidad de los Registros de Enfermería elaborado por las enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional de Salud del Niño 2009", [Trabajo de Investigación para optar el título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico] Lima – Perú. UNMSM 2013

Velázquez Fernández, Ángel R. "Metodología de la Investigación Científica", Lima – Perú. Ed. San Marcos. 2001

Yarleque Chocas, Luis A. "Teoría y Metodología de Investigación" Huancayo – Perú, Ed. UNCP, 2004

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO		Pág.
A	Operacionalización de Variables	I
B	Instrumentos	III
C	Matriz de Consistencia del Instrumento	VI
D	Tabla de Concordancia (Prueba Binomial)	VIII
E	Codificación de Datos	IX
F	Validez del Instrumento	XI
G	Confiabilidad del Instrumento	XII
H	Tabla Matriz de Datos	XIV
I	Medición de la Variable	XVII
J	Valoración Clínica según Dimensiones que realiza el Profesional de Enfermería en el Servicio de Cuidados Críticos de la Mujer. Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”	XVIII
K	Calidad de los Registros de Enfermería según Estructura y Contenido que realiza el Profesional de Enfermería en el Servicio de Cuidados Críticos de la Mujer. Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”	XXI

ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
VALORACION CLINICA	La valoración clínica del paciente es la exploración que practica el profesional de enfermería a todo individuo a fin de reconocer la existencia o no de alteraciones físicas o signos producidos por la enfermedad	VALORACION GENERAL	<ul style="list-style-type: none"> -Nombres, apellidos, historia clínica, edad y el peso y talla del paciente. -Grupo sanguíneo y factor. -Fecha y diagnostico de ingreso. -Antecedentes patológicos. -Grado de dependencia del paciente. -Escala NEMS. -Escala de NORTON. -Clasificación de las UPP de acuerdo al grado de afección. -Puntuación APACHE II -Temperatura corporal. 	ACEPTABLE POR MEJORAR	Es la exploración física que realiza el profesional de enfermería a toda mujer, a fin de reconocer la existencia o no de alteraciones físicas o signos producidos por enfermedad las cuales permiten una adecuada elaboración de diagnósticos e intervenciones de acuerdo a las necesidades de la paciente y estos deben de estar registrados en los hojas de valoración, el cual fue obtenido a través de la hoja de registro con las siguientes dimensiones de la valoración general, neurológica, cardiológica, respiratoria, gastrointestinal-nutricional, renal, metabólica y de los órganos reproductivos, y estas fueron valoradas en aceptable y por mejorar.
		VALORACION CLINICA NEUROLOGICA	<ul style="list-style-type: none"> -Estado de conciencia -Escala de Glasgow. -Escalas de RAMSAY O RASS. -Sedoanalgesia -Evaluación del dolor -Lenguaje adecuado o hay trastornos del lenguaje. -Evaluación pupilar 		
		VALORACION CLINICA CARDIOLOGICA	<ul style="list-style-type: none"> -Presión arterial y presión arterial media (PAM) -Frecuencia cardiaca -Ritmo cardíaco (sinusal, taquicardia, bradicardia, etc.) -Catéter venoso central (CVC) -Línea Arterial (LA) -Drogas inotrópicas -Electrocardiograma -Hemoglobina y hematocrito. 		
		VALORACION CLINICA RESPIRATORIA	<ul style="list-style-type: none"> -Frecuencia y características de la respiración. -Saturación de oxígeno. -Ruidos respiratorios agregados -Apoyo ventilatorio -Fio2. -Tubo endotraqueal (tet) o traqueostomia (tqt) -Ventilación mecánica 		
		VALORACION CLINICA GASTROINTESTI	<ul style="list-style-type: none"> -Sondas nasogástricas (SNG), orogástricas (SOG), naso yeyunal (SNY). -Residuo gástrico. -Ruidos hidroaéreos. 		

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
		NAL NUTRICIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia y las características de las deposiciones. - Vómitos - Tipo de dieta 		
		VALORACION CLINICA RENAL Y METABOLICA	<ul style="list-style-type: none"> - Ingresos en forma horaria - Egresos en forma horaria. - Orina, Sonda vesical (sv) - Ph y los valores paco2, pao2. - Valores de electrolitos (sodio, potasio y calcio) - Concentraciones séricas de urea y creatinina - Glucosa del análisis bioquímico y hemoglucotest. - Insulina subcutánea. - Insulina endovenosa. 		
CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA	La calidad es una combinación de características humanas y tecnológicas que los servicios de salud deben poseer para poder cumplir sus objetivos y Los registros se consideran como un documento que avala la calidad, la continuidad de los cuidados, la mejora de la comunicación y que evitan errores, posibles duplicidades que pueden producirse en el cuidado. Además, son un respaldo legal frente a posibles demandas y también permiten evaluar retrospectivamente la calidad de los cuidados.	ESTRUCTURA	<ul style="list-style-type: none"> - Historia clínica - Formatos adecuados - Escribe en forma legible - Fecha y hora de los registros de enfermería. - Uso del color de lapicero de acuerdo al turno - Cuida la ortografía. - Los párrafos son continuos. - Uso abreviaturas estandarizadas. - La expresión gramatical es adecuada y usa terminología médica. - Orden cronológico, completos y sin enmendaduras y/o borrones - El registro es exacto, las horas son de las 0:00 a las 24:00 horas. - Sello y firma de la enfermera asistencial de turno. 	ACEPTABLE	Es el conjunto de características que poseen los registros de enfermería en función a la estructura y el contenido sobre la atención brindada a las pacientes hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Críticos de la Mujer del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el cual fue evaluado a través de la hoja de registro en las dimensiones Estructura y Contenido, y clasificado en aceptable y por mejorar.
		CONTENIDO	<ul style="list-style-type: none"> - Anotación de enfermería al iniciar el turno - Acontecimientos críticos detallados - Reacciones adversas a los medicamentos. - Notas descriptivas, reflejan el estado de salud, los problemas, necesidades, capacidades y limitaciones del paciente - Diagnósticos de la NANDA. - Atenciones y actividades de la planificación y prestación de cuidados. - Registra las condiciones en la que el paciente se encuentra al finalizar el turno - Se realiza una breve descripción de la condición del paciente (funciones vitales, funciones biológicas y esta general). - La información registrada es objetiva. - Suministran información para la evaluación de protocolos de actuación 	POR MEJORAR	

ANEXO B

INSTRUMENTO - VALORACION CLINICA

INSTRUCCIONES: Se deberá marcar con (x): **SI:** cuando cumpla con lo descrito en el ítem. **NO:** cuando no se encuentre lo descrito en el ítem.

DATOS GENERALES:

Fecha y Hora de Observación: _____

Diagnostico del paciente: _____

Edad del paciente: _____ Estancia hospitalaria: _____

ITEMS	SI	NO
VALORACION GENERAL: se registra lo siguiente:		
1. Nombres y apellidos del paciente.		
2. Historia clínica del paciente.		
3. Número de cama del paciente.		
4. Grupo sanguíneo y factor.		
5. Edad.		
6. Peso.		
7. Fecha ingreso del paciente.		
8. Diagnostico de ingreso.		
9. Tipo de seguro (AUS, SIS, Particular)		
10. Evaluación obtenida en la escala NEMS.		
11. Estado de la Piel (íntegra, seca. Deshidratada, ictericia, palidez, escoriaciones flictenas, micosis, rash, úlceras por presión)		
12. Fecha de colocación y zona de inserción de catéter venoso periférico.		
13. Presencia de equimosis, hematomas, petequias, lesiones de venopunción		
14. Temperatura corporal.		
15. Creencia y religión del paciente.		
16. Grado de dependencia del paciente (limitaciones para el baño e higiene, vestido y movilización, alimentación).		
17. Antecedentes patológicos y quirúrgicos del paciente.		
VALORACION CLINICA NEUROLOGICA: se registra lo siguiente:	SI	NO
1. Estado de conciencia.		
2. Si el paciente se encuentra orientado, desorientado, agitado, confuso, letárgico, soporoso o en coma.		
3. Puntuación con la escala de Glasgow.		
4. Grado de sedación con las escalas de Ramsay o RASS.		
5. Medicamentos utilizados en la sedoanalgesia		
6. Frecuencia de la infusión.		
7. Puntuación del dolor mediante la escala numérica de dolor.		
8. Si hay un lenguaje adecuado o hay trastornos del lenguaje.		
9. Evaluación del tamaño pupilar (miosis o midriasis) del paciente.		
10. Simetría de pupilas (isocóricas o anisocóricas).		
11. Evaluación de las pupilas (fotoreactivas o hiporeactivas).		
12. Evaluación de los reflejos, corneal, ciliar y tusígeno. (hiperreflexia, hiporeflexia)		
13. Presencia de hipoestesia, hiperestesia o anestesia.		
14. Presencia de cefalea y/o rigidez de nuca		
15. Convulsiones, el tipo y características de estas.		
16. Reflejos patológicos (babinski, succión, palmomentoniano).		
VALORACION CLINICA CARDIOLOGICA: se registra lo siguiente:	SI	NO
1. Presión arterial		
2. Presión arterial media (PAM)		
3. Frecuencia cardíaca		
4. Ritmo cardíaco (sinusal, taquicardia, bradicardia, etc.)		
5. Monitorización de latidos cardíacos fetales		
6. Fecha de colocación y cambio de Catéter venoso central (CVC).		
7. Zona de inserción del CVC.		
8. Presión Venosa Central (PVC).		

9.	Fecha de colocación y cambio de Línea Arterial (LA).		
10.	Zona de inserción de LA.		
11.	Tiempo de llenado capilar		
12.	Cianosis central y periférica		
13.	Uso de drogas inotrópicas inicio de infusión.		
14.	Frecuencia de Infusión y dosis administrada.		
15.	Valores de hemoglobina, hematocrito, plaquetas, entre otros valores del hemograma.		
16.	Se realizó toma de Electrocardiograma (EKG) al ingreso del paciente al servicio		
17.	Ingurgitación yugular		
VALORACION CLINICA RESPIRATORIA: se registra lo siguiente:		SI	NO
1.	Frecuencia y características de la respiración.		
2.	Saturación de Oxígeno por oximetría de pulso.		
3.	Murmullo vesicular en ambos campos pulmonares (normales, disminuidos)		
4.	Ruidos respiratorios agregados (roncantes, estertores, sibilantes)		
5.	Apoyo ventilatorio y tipo de dispositivo (cánula binasal, mascarilla de reservorio, mascarilla de venturi, ventilador mecánico no invasivo e invasivo).		
6.	FiO ₂ aportado.		
7.	El pH y los valores PaCO ₂ , PaO ₂		
8.	Fecha de inserción de tubo endotraqueal (TET) o traqueostomía (TQT).		
9.	Número en el cual se tiene fijado el TET.		
10.	Tipo de secreciones bronquiales (purulentas, sanguinolentas, fluidas, densas, clara, amarilla).		
11.	Presencia de tos productiva		
Ventilación Mecánica (VM):			
12.	Modo ventilatorio y tipo de respirador.		
13.	Frecuencia respiratoria programada y frecuencia respiratoria del paciente.		
14.	Volumen tidal programado y exhalado.		
15.	Presión pico, presión de soporte.		
16.	PEEP		
17.	Flujo inspiratorio		
18.	Presión de inspiración		
19.	Relación I:E, tiempo inspiratorio y espiratorio		
VALORACION CLINICA GASTROINTESTINAL – NUTRICIONAL: se registra lo siguiente:		SI	NO
1.	Fecha de instalación de las sondas nasogástricas (SNG), orogástricas (SOG), naso yeyunal (SNY).		
2.	Fecha de retiro o cambio de las SNG, SOG, SNY.		
3.	Características del residuo gástrico (alimenticio, bilioso, porraceo), contenido y cantidad		
4.	Características de los ruidos hidroaéreos (presente, ausente, disminuido)		
5.	Características del abdomen (blando, depresible, abalonado, distendido, timpánico, cirugías, presencia de drenes)		
6.	Presencia de distensión abdominal del paciente (perímetro abdominal)		
7.	Frecuencia y las características de las deposiciones. (líquida, semilíquida, pastosa)		
8.	Vómitos (cantidad y las características).		
9.	Tipo de dieta y tolerancia		
10.	Nutrición parenteral se describe que tipo de solución y la cantidad.		
11.	Nutrición enteral se describe el tipo de dieta y la cantidad.		
12.	Ingresos en forma horaria (Dieta, VO, SNG, nutrición enteral y parenteral, infusiones, medicamentos y soluciones, retos de fluidos).		
13.	Egresos en forma horaria (residuo gástrico, vómito, drenes, heces, diuresis, sangrado).		
VALORACION CLINICA RENAL, METABOLICA Y ORGANOS REPRODUCTIVOS: se registra lo siguiente:		SI	NO
1.	Características de la orina. (clara, colorada, hematuria, oliguria, poliuria, anuria)		
2.	Fecha de instalación de la sonda vesical (SV), o micción espontánea		
3.	El pH y los valores de orina		
4.	Balance hídrico anterior y acumulado		
5.	Valores de electrolitos (Sodio, Potasio y calcio)		
6.	Concentraciones séricas de urea y creatinina		
7.	Valor de la glucosa del análisis bioquímico y hemoglucotest		
8.	Administración de insulina subcutánea o frecuencia de infusión de insulina endovenosa		
9.	Edemas y zona de ubicación.		
10.	Características del Sangrado vaginal (loquios normales, escasos abundantes, fétidos)		
11.	Altura uterina (útero grávido, contraído, no contraído, hipotónico)		
12.	Dinámica uterina (presente, ausente)		

INSTRUMENTO - CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERIA

INSTRUCCIONES: Se deberá marcar con (x): **SI**: cuando cumpla con lo descrito en el ítem. **NO**: cuando no se encuentre lo descrito en el ítem.

DATOS GENERALES:

Fecha y Hora de Observación: _____

Diagnostico del paciente: _____

Edad del paciente: _____ Estancia hospitalaria: _____

ITEMS	SI	NO
ESTRUCTURA: en la historia clínica se registra los siguiente:		
1. Nombres del paciente.		
2. Apellidos del paciente		
3. Historia clínica del paciente.		
4. Número de cama del paciente.		
5. Fecha de los registros de enfermería.		
6. Hora de los registros de enfermería.		
7. Escribe en forma legible		
8. Uso lapicero de acuerdo al turno diurno (azul)		
9. Uso lapicero de acuerdo al turno noche (rojo).		
10. los registros están en orden cronológico		
11. Se encuentran errores de ortografía.		
12. Los párrafos son continuos.		
13. Hay espacios en blanco entre anotaciones.		
14. En caso de utilizar abreviaturas o incluyendo sólo las estandarizadas.		
15. La expresión gramatical es adecuada y usa terminología médica.		
16. Los registros son completos		
17. Se encuentra enmendaduras y/o borrones		
18. El registro es exacto, las horas son de las 0:00 a las 24:00 horas.		
19. Se encuentra el sello y firma de la enfermera asistencial de turno.		
20. Utiliza los formatos adecuados para los registros (hojas de notas de enfermería).		
CONTENIDO	SI	NO
1. Se realiza una anotación de enfermería al iniciar el turno para evaluar las necesidades del paciente.		
2. Los registros reflejan aspectos psicológicos, emocionales, físicos de los pacientes.		
3. Registra los diagnósticos establecidos en la NANDA.		
4. Los registros de enfermería son notas descriptivas.		
5. Realiza el plan de cuidados de enfermería		
6. Se registran las reacciones adversas a los medicamentos.		
7. Los acontecimientos críticos son registrados y detallados		
8. Las notas reflejan con claridad el estado de salud del paciente		
Se describen las actividades realizadas en relación a:		
9. La higiene y movilización del paciente.		
10. Protección de las vías respiratorias.		
11. Nutrición.		
12. Eliminación vesical e intestinal.		
13. Administración de tratamiento indicado.		
14. Procedimientos especiales realizados al paciente.		
15. Registra las condiciones en la que el paciente se encuentra al finalizar el turno		
16. Se describen las funciones vitales al finalizar el turno.		
17. Se describen el estado de conciencia del paciente.		
18. Indica si se retiro algún dispositivo durante el turno.		
19. Describe si está pendiente la realización de algún examen o procedimiento.		
20. los registros suministran información para la evaluación de protocolos de actuación		
21. La información registrada es objetiva.		

ANEXO C

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL INSTRUMENTO

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
VALORACION CLINICA	VALORACION GENERAL	<ul style="list-style-type: none"> - Nombres, apellidos e historia clínica del paciente. - grupo sanguíneo y factor. - edad, el peso y talla. - fecha y diagnostico de ingreso. - antecedentes patológicos. - grado de dependencia del paciente. - escala NEMS. - escala de NORTON. - clasificación de las UPP de acuerdo al grado de afección. - puntuación APACHE II - Temperatura corporal.
	VALORACION CLINICA NEUROLOGICA	<ul style="list-style-type: none"> - estado de conciencia - escala de Glasgow. - escalas de Ramsay o RASS. - Sedoanalgesia - evaluación del dolor - lenguaje adecuado o hay trastornos del lenguaje. - evaluación pupilar
	VALORACION CLINICA CARDIOLOGICA	<ul style="list-style-type: none"> - presión arterial y presión arterial media (PAM) - frecuencia cardíaca - ritmo cardíaco (sinusal, taquicardia, bradicardia, etc.) - Catéter venoso central (CVC) - Línea Arterial (LA) - drogas inotrópicas - Electrocardiograma - hemoglobina y hematocrito.
	VALORACION CLINICA RESPIRATORIA	<ul style="list-style-type: none"> - frecuencia y características de la respiración. - saturación de Oxígeno. - ruidos respiratorios agregados - apoyo ventilatorio - FiO2. - tubo endotraqueal (TET) o traqueostomía (TQT) - Ventilación Mecánica
	VALORACION CLINICA	<ul style="list-style-type: none"> - sondas nasogástricas (SNG), orogástricas (SOG), naso yeyunal (SNY).

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
	GASTROINTESTINAL – NUTRICIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - residuo gástrico. - ruidos hidroaéreos. - frecuencia y las características de las deposiciones. - vómitos - tipo de dieta
	VALORACION CLINICA RENAL Y METABOLICA	<ul style="list-style-type: none"> - ingresos en forma horaria - egresos en forma horaria. - orina. - sonda vesical (SV) - pH y los valores PaCO2, PaO2. - valores de electrolitos (Sodio, Potasio y calcio) - concentraciones séricas de urea y creatinina - glucosa del análisis bioquímico y hemoglucotest. - insulina subcutánea. - insulina endovenosa.
CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA	ESTRUCTURA	<ul style="list-style-type: none"> - historia clínica - formatos adecuados - Escribe en forma legible - fecha y hora de los registros de enfermería. - Uso del color de lapicero de acuerdo al turno - Cuida la ortografía. - Los párrafos son continuos. - Uso abreviaturas estandarizadas. - La expresión gramatical es adecuada y usa terminología médica. - orden cronológico, completos y sin enmendaduras y/o borrones - El registro es exacto, las horas son de las 0:00 a las 24:00 horas. - sello y firma de la enfermera asistencial de turno.
	CONTENIDO	<ul style="list-style-type: none"> - anotación de enfermería al iniciar el turno - acontecimientos críticos detallados - reacciones adversas a los medicamentos. - notas descriptivas, reflejan el estado de salud, los problemas, necesidades, capacidades y limitaciones del paciente - diagnósticos de la NANDA. - atenciones y actividades de la planificación y prestación de cuidados. - Registra las condiciones en la que el paciente se encuentra al finalizar el turno - Se realiza una breve descripción de la condición del paciente (funciones vitales, funciones biológicas y esta general). - La información registrada es objetiva. - Suministran información para la evaluación de protocolos de actuación

ANEXO D

TABLA DE CONCORDANCIA - PRUEBA BINOMIAL JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N° DE JUEZ										P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
2.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
3.	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0.011
4.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
5.	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0.011
6.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
7.	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0.011

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

El instrumento es válido según juicio de expertos $p = 0.037 < 0.5$ por lo tanto el grado de concordancia es **SIGNIFICATIVO**

ANEXO E

MATRIZ DE CODIFICACIÓN DE DATOS

Cada una de las condiciones de las variables se codifica de la siguiente manera:

	CODIGO	CONDICION
SI	1	Cuando cumpla con lo descrito en el ítem
NO	0	Cuando no se encuentre lo descrito en el ítem

MATRIZ DE CODIFICACION DE DATOS DEL INSTRUMENTO VALORACION CLINICA

ITEMS	SI	NO	ITEMS	SI	NO
VALORACION GENERAL			VALORACION CLINICA NEUROLOGICA		
1.	1	0	1.	1	0
2.	1	0	2.	1	0
3.	1	0	3.	1	0
4.	1	0	4.	1	0
5.	1	0	5.	1	0
6.	1	0	6.	1	0
7.	1	0	7.	1	0
8.	1	0	8.	1	0
9.	1	0	9.	1	0
10.	1	0	10.	1	0
11.	1	0	11.	1	0
12.	1	0	12.	1	0
13.	1	0	13.	1	0
14.	1	0	14.	1	0
15.	1	0	15.	1	0
16.	1	0	16.	1	0
17.	1	0			
VALORACION CLINICA CARDIOLOGICA	SI	NO	VALORACION CLINICA RESPIRATORIA	SI	NO
1.	1	0	1.	1	0
2.	1	0	2.	1	0
3.	1	0	3.	1	0
4.	1	0	4.	1	0
5.	1	0	5.	1	0
6.	1	0	6.	1	0
7.	1	0	7.	1	0
8.	1	0	8.	1	0
9.	1	0	9.	1	0
10.	1	0	10.	1	0
11.	1	0	11.	1	0
12.	1	0	12.	1	0
13.	1	0	13.	1	0
14.	1	0	14.	1	0
15.	1	0	15.	1	0
16.	1	0	16.	1	0
17.	1	0	17.	1	0
			18.	1	0
			19.	1	0

VALORACION CLINICA GASTROINTESTINAL – NUTRICIONAL	SI	NO	VALORACION CLINICA RENAL, METABOLICA Y ORGANOS REPRODUCTIVOS	SI	NO
1.	1	0	1.	1	0
2.	1	0	2.	1	0
3.	1	0	3.	1	0
4.	1	0	4.	1	0
5.	1	0	5.	1	0
6.	1	0	6.	1	0
7.	1	0	7.	1	0
8.	1	0	8.	1	0
9.	1	0	9.	1	0
10.	1	0	10.	1	0
11.	1	0	11.	1	0
12.	1	0	12.	1	0
13.	1	0			

MATRIZ DE CODIFICACION DE DATOS DEL INSTRUMENTO CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

ITEMS ESTUCTURA	SI	NO	ITEMS CONTENIDO	SI	NO
1.	1	0	1.	1	0
2.	1	0	2.	1	0
3.	1	0	3.	1	0
4.	1	0	4.	1	0
5.	1	0	5.	1	0
6.	1	0	6.	1	0
7.	1	0	7.	1	0
8.	1	0	8.	1	0
9.	1	0	9.	1	0
10.	1	0	10.	1	0
11.	0	1	11.	1	0
12.	1	0	12.	1	0
13.	0	1	13.	1	0
14.	1	0	14.	1	0
15.	1	0	15.	1	0
16.	1	0	16.	1	0
17.	0	1	17.	1	0
18.	1	0	18.	1	0
19.	1	0	19.	1	0
20.	1	0	20.	1	0
			21.	1	0

ANEXO F

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la Validez además de solicitar la opinión de los expertos, se aplicó la Fórmula R de Pearson a cada uno de los ítems, obteniéndose:

R de Pearson:

$$R = \frac{n \sum XY - \sum X (\sum Y)}{\sqrt{[n(\sum X^2) - (\sum X)^2] [n(\sum Y^2) - (\sum Y)^2]}}$$

	ITEM/ PEARSON																				
DIMENSION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
VALORACION CLINICA																					
VALORACION GENERAL	0.61	0.41	0.41	0.67	0.25	0.41	0.67	0.41	0.67	0.41	0.25	0.25	0.67	0.41	0.67	0.41	0.25				
VALORACION CLINICA NEUROLOGICA	0.25	0.61	0.41	0.25	0.67	0.61	0.25	0.67	0.67	0.25	0.41	0.67	0.41	0.25	0.41	0.67					
VALORACION CLINICA CARDIOLOGICA	0.41	0.41	0.67	0.25	0.41	0.41	0.25	0.41	0.41	0.61	0.67	0.41	0.25	0.61	0.25	0.41	0.67				
VALORACION CLINICA RESPIRATORIA	0.61	0.17	0.67	0.61	0.25	0.41	0.67	0.41	0.25	0.41	0.67	0.41	0.61	0.41	0.25	0.25	0.25	0.25	0.41		
VALORACION CLINICA GASTROINTESTINAL-NUTRICIONAL	0.25	0.25	0.61	0.41	0.41	0.67	0.25	0.41	0.41	0.25	0.41	0.41	0.61								
VALORACION CLINICA RENAL, METABOLICA Y ORGANOS	0.41	0.25	0.41	0.67	0.25	0.41	0.41	0.25	0.41	0.41	0.61	0.67									
CALIDAD DE LOS REGISTROS DE																					
ESTRUCTURA	0.61	0.41	0.61	0.41	0.67	0.25	0.25	0.41	0.25	0.61	0.41	0.41	0.67	0.25	0.41	0.41	0.25	0.41	0.41	0.61	
CONTENIDO	0.41	0.61	0.25	0.61	0.41	0.61	0.25	0.67	0.25	0.41	0.25	0.25	0.61	0.41	0.41	0.67	0.25	0.41	0.41	0.25	0.41

Si $r > 0.20$ el ítem es considerado válido. Por lo tanto los ítems son válidos.

ANEXO G

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba estadística Kuder Richard:

$$K - R = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum p * q}{Sx^2} \right]$$

K : Numero de preguntas o ítems

Sx² : Varianza de la prueba

p : Proporción de éxito; proporción donde se identifica la característica o atributo en estudio

q : Proporción donde se identifica el atributo

Hallando:

Variable: Valoración Clínica

GENERAL	NEUROLÓGICA	CARDIOLÓGICA
$K - R = \frac{17}{17 - 1} \left[1 - \frac{3.61}{17} \right]$ $K - R = 1.06[1 - 0.21]$ $K - R = 1.06[0.79]$ $K - R = 0.837$	$K - R = \frac{16}{16 - 1} \left[1 - \frac{3.37}{15.2} \right]$ $K - R = 1.07[1 - 0.22]$ $K - R = 1.07[0.78]$ $K - R = 0.83$	$K - R = \frac{17}{17 - 1} \left[1 - \frac{3.64}{13.7} \right]$ $K - R = 1.06[1 - 0.27]$ $K - R = 1.06[0.73]$ $K - R = 0.78$
RESPIRATORIO	GASTROINTESTINAL - NUTRICIONAL	RENAL METABOLICA Y ORGANICOS REPRODUCTIVOS
$K - R = \frac{19}{19 - 1} \left[1 - \frac{4.09}{17.2} \right]$ $K - R = 1.06[1 - 0.24]$ $K - R = 1.06[0.76]$ $K - R = 0.804$	$K - R = \frac{13}{13 - 1} \left[1 - \frac{2.69}{6.69} \right]$ $K - R = 1.08[1 - 0.4]$ $K - R = 1.08[0.6]$ $K - R = 0.648$	$K - R = \frac{12}{12 - 1} \left[1 - \frac{2.48}{5.5} \right]$ $K - R = 1.09[1 - 0.45]$ $K - R = 1.09[0.55]$ $K - R = 0.599$

Existe una confiabilidad del instrumento (por cada dimensión) K-R>0.5, por lo tanto este instrumento es confiable.

Variable: Calidad de los Registros de Enfermería

ESTRUCTURA	CONTENIDO
$K - R = \frac{20}{20 - 1} \left[1 - \frac{4.18}{17.49} \right]$ $K - R = 1.05[1 - 0.24]$ $K - R = 1.05[0.76]$ $K - R = \mathbf{0.798}$	$K - R = \frac{21}{21 - 1} \left[1 - \frac{4.39}{19.57} \right]$ $K - R = 1.05[1 - 0.224]$ $K - R = 1.05[0.776]$ $K - R = \mathbf{0.814}$

Existe una confiabilidad del instrumento (por cada dimensión) $K-R > 0.5$, por lo tanto este instrumento es confiable.

ANEXO H

TABLA MATRIZ DE DATOS - VALORACION CLINICA

SUJETO	VALORACION GENERAL																	SUB	ITEMS																SUB	VALORACION CARDIOLOGICA																	
	S	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		17	TOTAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		15	16	TOTAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
V1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	13	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	11	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	
V2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	13	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	11	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	
V3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	15	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	13	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	
V4	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	14	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	12	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	
V5	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	13	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	10	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0
V6	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	11	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	10	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0
V7	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	11	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	11	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	
V8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	16	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	11	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	
V9	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	15	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	10	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	
V10	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	12	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	13	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	
V11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	14	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	10	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1
V12	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	15	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	12	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0
V13	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	10	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	11	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0		
V14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	16	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0
V15	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	11	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	7	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0
V16	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	14	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	11	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	
V17	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	13	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	
V18	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	9	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	10	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0
V19	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	14	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	11	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0
V20	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	14	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	7	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0
V21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	15	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0		
V22	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	11	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	8	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	
V23	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	13	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	9	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0
V24	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	13	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	12	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0
V25	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	10	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	11	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1
V26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	16	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	14	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0		
V27	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0		
V28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	16	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	11	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	
V29	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	12	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0
V30	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	11	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	13	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1
	30	26	23	20	28	27	21	30	30	21	22	19	18	30	5	30	16	396	25	21	30	16	25	25	3	22	23	23	16	17	14	25	21	329	29	30	30	30	19	19	19	19	0	18	16	25	25	22	30	5			

DESVIACION ESTANDAR 0.417
PROMEDIO 0.753

DESVIACION ESTANDAR 0.465
PROMEDIO 0.679

DESVIACION ESTANDAR 0.371
PROMEDIO 0.835

SUJETO	ITEMS																																	TOTAL															
	VALORACION RESPIRATORIA																		SUB TOTAL	VALORACION GASTROINTESTINAL -													SUB TOTAL		VALORACION RENAL, METABOLICA Y												SUB TOTAL	TOTAL	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		19	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			13	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			12
S	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12		82
V1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	11	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	9	76
V2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	6	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	6	73		
V3	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	11	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	6	70		
V4	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	11	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	6	68		
V5	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	13	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	7	62		
V6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	73		
V7	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	9	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	8	73		
V8	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	56		
V9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	11	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	7	76		
V10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	10	80		
V11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	11	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	6	76		
V12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	7	74		
V13	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	83		
V14	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	11	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	4	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	43		
V15	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	9	72		
V16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	84		
V17	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	6	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	7	53		
V18	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	11	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	4	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	9	56		
V19	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	7	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	56		
V20	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	75		
V21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	11	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	11	73		
V22	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	11	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	8	62		
V23	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	7	72		
V24	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	11	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	4	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	6	51		
V25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	6	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	9	78		
V26	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	11	77		
V27	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	8	63		
V28	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	31			
V29	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	71		
V30	30	30	19	25	16	16	16	21	23	25	25	26	26	26	26	26	26	26	26	454	23	19	23	21	16	16	21	21	22	22	22	30	30	286	30	16	14	30	19	10	14	14	22	23	23	23	238	2039	

DESVIACION ESTANDAR 0.403
PROMEDIO 0.889

DESVIACION ESTANDAR 0.443
PROMEDIO 0.741

DESVIACION ESTANDAR 0.474
PROMEDIO 0.708

TABLA MATRIZ DE DATOS
CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

SUJETOS	ITEMS																					SUB TOTAL	TOTAL																					
	ESTRUCTURA																			SUB TOTAL																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		20			TOTAL																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21																								
C1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	37					
C2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	16	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	10	26			
C3	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	19	37				
C4	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	14	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	14	28			
C5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	16	34	
C6	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	17	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	10	27	
C7	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	11	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	17	28		
C8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	39	
C9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	19	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	17	36	
C10	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	14	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	15	29		
C11	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	13	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	12	25	
C12	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	16	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	36	
C13	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	14	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	12	26	
C14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	17	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	37	
C15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	20	39	
C16	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	14	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	11	25	
C17	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	11	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	29
C18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	18	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	19	37
C19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	40	
C20	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	38
C21	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	15	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	15	30
C22	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	14	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	12	26
C23	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	13	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	8	21
C24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	38
C25	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	15	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	34
C26	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	14	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	10	24
C27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	38
C28	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	17	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	19	36	
C29	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	14	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	10	24
C30	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	15	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	34
	30	30	30	16	23	16	21	30	30	29	26	20	17	6	30	28	2	30	30	28	472	30	13	30	30	30	30	30	24	15	23	20	18	22	20	20	19	19	26	19	26	22	486	958

DESVIACION ESTANDAR 0.41
PROMEDIO 0.787

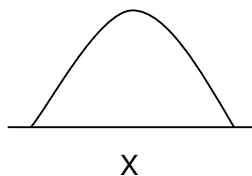
DESVIACION ESTANDAR 0.42
PROMEDIO 0.771

ANEXO I

MEDICIÓN DE LA VARIABLE - PROMEDIO

Para establecer los intervalos de se aplicó el Promedio en la Curva de Gauss.

Promedio:
$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$



Hallando el Promedio de las Variables:

	VALORACION CLINICA							CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA		
	VALORACION GENERAL	VALORACION NEUROLOGICA	VALORACION CARDIOLOGICA	VALORACION RESPIRATORIA	VALORACION GASTROINTESTINAL - NUTRICIONAL	VALORACION RENAL, METABOLICA Y ORGANOS REPRODUCTIVOS.	TOTAL	ESTRUCTURA	CONTENIDO	TOTAL
$\sum X$	396	329	336	454	286	238	2039	472	486	958
n	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Promedio	13.2	10.967	11.2	15.133	9.5333	7.9333	67.967	15.733	16.2	31.933
Categorización										
Aceptable	17 - 13	16 - 11	17 - 11	19 - 15	13 - 10	12 - 8	94 - 68	20 - 16	21 - 16	41 - 32
Por Mejorar	12 - 0	10 - 0	10 - 0	14 - 0	9 - 0	7 - 0	67 - 0	15 - 0	15 - 0	31 - 0

ANEXO J

**“VALORACION CLINICA SEGÚN DIMENSIONES QUE REALIZA EL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE
CUIDADOS CRITICOS DE LA MUJER. HOSPITAL
NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
“SAN BARTOLOME”
LIMA – PERÚ
2012**

ITEMS	ACEPTABLE		POR MEJORAR		TOTAL	
VALORACION GENERAL:	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Nombres y apellidos del paciente.	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
2. Historia clínica del paciente.	26	86.7%	4	13.3%	30	100.0%
3. Número de cama del paciente.	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
4. Grupo sanguíneo y factor.	20	66.7%	10	33.3%	30	100.0%
5. Edad.	28	93.3%	2	6.7%	30	100.0%
6. Peso.	27	90.0%	3	10.0%	30	100.0%
7. Fecha ingreso del paciente.	21	70.0%	9	30.0%	30	100.0%
8. Diagnostico de ingreso.	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
9. Tipo de seguro (AUS, SIS, Particular)	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
10. Evaluación obtenida en la escala NEMS.	21	70.0%	9	30.0%	30	100.0%
11. Estado de la Piel (íntegra, seca. Deshidratada, ictericia, palidez, escoriaciones flictenas, micosis, rash, úlceras por presión)	22	73.3%	8	26.7%	30	100.0%
12. Fecha de colocación y zona de inserción de catéter venoso periférico.	19	63.3%	11	36.7%	30	100.0%
13. Presencia de equimosis, hematomas, petequias, lesiones de venopunción	18	60.0%	12	40.0%	30	100.0%
14. Temperatura corporal.	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
15. Creencia y religión del paciente.	5	16.7%	25	83.3%	30	100.0%
16. Grado de dependencia del paciente (limitaciones para el baño e higiene, vestido y movilización, alimentación).	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
17. Antecedentes patológicos y quirúrgicos del paciente.	16	53.3%	14	46.7%	30	100.0%
VALORACION CLINICA NEUROLOGICA:	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Estado de conciencia.	25	83.3%	5	16.7%	30	100.0%
2. Si el paciente se encuentra orientado, desorientado, agitado, confuso, letárgico, soporoso o en coma.	21	70.0%	9	30.0%	30	100.0%
3. Puntuación con la escala de Glasgow.	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
4. Grado de sedación con las escalas de Ramsay o RASS.	16	53.3%	14	46.7%	30	100.0%
5. Medicamentos utilizados en la sedoanalgesia	25	83.3%	5	16.7%	30	100.0%
6. Frecuencia de la infusión.	25	83.3%	5	16.7%	30	100.0%
7. Puntuación del dolor mediante la escala numérica de dolor.	3	10.0%	27	90.0%	30	100.0%
8. Si hay un lenguaje adecuado o hay trastornos del lenguaje.	22	73.3%	8	26.7%	30	100.0%
9. Evaluación del tamaño pupilar (miosis o midriasis) del paciente.	23	76.7%	7	23.3%	30	100.0%

ITEMS	ACEPTABLE		POR MEJORAR		TOTAL	
10. Simetría de pupilas (isocóricas o anisocóricas).	23	76.7%	7	23.3%	30	100.0%
11. Evaluación de las pupilas (fotoreactivas o hiporeactivas).	23	76.7%	7	23.3%	30	100.0%
12. Evaluación de los reflejos, corneal, ciliar y tusígeno. (hiperreflexia, hiporeflexia)	16	53.3%	14	46.7%	30	100.0%
13. Presencia de hipoestesia, hiperestesia o anestesia.	17	56.7%	13	43.3%	30	100.0%
14. Presencia de cefalea y/o rigidez de nuca	14	46.7%	16	53.3%	30	100.0%
15. Convulsiones, el tipo y características de estas.	25	83.3%	5	16.7%	30	100.0%
16. Reflejos patológicos (babinski, succión, palmomentoniano).	21	70.0%	9	30.0%	30	100.0%
VALORACION CLINICA CARDIOLOGICA:	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Presión arterial	29	96.7%	1	3.3%	30	100.0%
2. Presión arterial media (PAM)	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
3. Frecuencia cardiaca	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
4. Ritmo cardiaco (sinusal, taquicardia, bradicardia, etc.)	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
5. Monitorización de latidos cardiacos fetales	19	63.3%	11	36.7%	30	100.0%
6. Fecha de colocación y cambio de Catéter venoso central (CVC).	19	63.3%	11	36.7%	30	100.0%
7. Zona de inserción del CVC.	19	63.3%	11	36.7%	30	100.0%
8. Presión Venosa Central (PVC).	19	63.3%	11	36.7%	30	100.0%
9. Fecha de colocación y cambio de Línea Arterial (LA).	0	0.0%	30	100.0%	30	100.0%
10. Zona de inserción de LA.	0	0.0%	30	100.0%	30	100.0%
11. Tiempo de llenado capilar	18	60.0%	12	40.0%	30	100.0%
12. Cianosis central y periférica	16	53.3%	14	46.7%	30	100.0%
13. Uso de drogas inotrópicas inicio de infusión.	25	83.3%	5	16.7%	30	100.0%
14. Frecuencia de Infusión y dosis administrada.	25	83.3%	5	16.7%	30	100.0%
15. Valores de hemoglobina, hematocrito, plaquetas, entre otros valores del hemograma.	22	73.3%	8	26.7%	30	100.0%
16. Se realizo toma de Electrocardiograma (EKG) al ingreso del paciente al servicio	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
17. Ingurgitación yugular	5	16.7%	26	86.7%	31	103.3%
VALORACION CLINICA RESPIRATORIA:	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Frecuencia y características de la respiración.	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
2. Saturación de Oxígeno por oximetría de pulso.	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
3. Murmullo vesicular en ambos campos pulmonares (normales, disminuidos)	19	63.3%	11	36.7%	30	100.0%
4. Ruidos respiratorios agregados (roncantes, estertores, sibilantes)	25	83.3%	5	16.7%	30	100.0%
5. Apoyo ventilatorio y tipo de dispositivo (cánula binasal, mascarilla de reservorio, mascarilla de venturi, ventilador mecánico no invasivo e invasivo).	16	53.3%	14	46.7%	30	100.0%
6. FIO ² aportado.	16	53.3%	14	46.7%	30	100.0%
7. El pH y los valores PaCO ² , PaO ²	16	53.3%	14	46.7%	30	100.0%
8. Fecha de inserción de tubo endotraqueal (TET) o traqueostomía (TQT).	21	70.0%	9	30.0%	30	100.0%
9. Número en el cual se tiene fijado el TET.	23	76.7%	7	23.3%	30	100.0%
10. Tipo de secreciones bronquiales (purulentas, sanguinolentas, fluidas, densas, clara, amarilla).	25	83.3%	5	16.7%	30	100.0%
11. Presencia de tos productiva	25	83.3%	5	16.7%	30	100.0%
Ventilación Mecánica (VM):						
12. Modo ventilatorio y tipo de respirador.	26	86.7%	4	13.3%	30	100.0%
13. Frecuencia respiratoria programada y frecuencia respiratoria del paciente.	26	86.7%	4	13.3%	30	100.0%
14. Volumen tidal programado y exhalado.	26	86.7%	4	13.3%	30	100.0%
15. Presión pico, presión de soporte.	26	86.7%	4	13.3%	30	100.0%

ITEMS	ACEPTABLE		POR MEJORAR		TOTAL	
16. PEEP	26	86.7%	4	13.3%	30	100.0%
17. Flujo inspiratorio	26	86.7%	4	13.3%	30	100.0%
18. Presión de inspiración	26	86.7%	4	13.3%	30	100.0%
19. Relación I:E, tiempo inspiratorio y espiratorio	26	86.7%	4	13.3%	30	100.0%
VALORACION CLINICA GASTROINTESTINAL – NUTRICIONAL:	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Fecha de instalación de las sondas nasogástricas (SNG), orogástricas (SOG), naso yeyunal (SNY).	23	76.7%	7	23.3%	30	100.0%
2. Fecha de retiro o cambio de las SNG, SOG, SNY.	19	63.3%	11	36.7%	30	100.0%
3. Características del residuo gástrico (alimenticio, bilioso, porraceo), contenido y cantidad	23	76.7%	7	23.3%	30	100.0%
4. Características de los ruidos hidroaéreos (presente, ausente, disminuido)	21	70.0%	9	30.0%	30	100.0%
5. Características del abdomen (blando, depresible, abalonado, distendido, timpánico, cirugías, presencia de drenes)	16	53.3%	14	46.7%	30	100.0%
6. Presencia de distensión abdominal del paciente (perímetro abdominal)	16	53.3%	14	46.7%	30	100.0%
7. Frecuencia y las características de las deposiciones.(líquida, semilíquida, pastosa)	21	70.0%	9	30.0%	30	100.0%
8. Vómitos (cantidad y las características).	21	70.0%	9	30.0%	30	100.0%
9. Tipo de dieta y tolerancia	22	73.3%	8	26.7%	30	100.0%
10. Nutrición parenteral se describe que tipo de solución y la cantidad.	22	73.3%	8	26.7%	30	100.0%
11. Nutrición enteral se describe el tipo de dieta y la cantidad.	22	73.3%	8	26.7%	30	100.0%
12. Ingresos en forma horaria (Dieta, VO, SNG, nutrición enteral y parenteral, infusiones, medicamentos y soluciones, retos de fluidos).	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
13. Egresos en forma horaria (residuo gástrico, vómito, drenes, heces, diuresis, sangrado).	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
VALORACION CLINICA RENAL, METABOLICA Y ORGANOS REPRODUCTIVOS:	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Características de la orina. (clara, colúrica, hematuria, oliguria, poliuria, anuria)	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
2. Fecha de instalación de la sonda vesical (SV), o micción espontanea	16	53.3%	14	46.7%	30	100.0%
3. El pH y los valores de orina	14	46.7%	16	53.3%	30	100.0%
4. Balance hídrico anterior y acumulado	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
5. Valores de electrolitos (Sodio, Potasio y calcio)	19	63.3%	11	36.7%	30	100.0%
6. Concentraciones séricas de urea y creatinina	10	33.3%	20	66.7%	30	100.0%
7. Valor de la glucosa del análisis bioquímico y hemoglucotest	14	46.7%	16	53.3%	30	100.0%
8. Administración de insulina subcutánea o frecuencia de infusión de insulina endovenosa	14	46.7%	16	53.3%	30	100.0%
9. Edemas y zona de ubicación.	22	73.3%	8	26.7%	30	100.0%
10. Características del Sangrado vaginal (loquios normales, escasos abundantes, fétidos)	23	76.7%	7	23.3%	30	100.0%
11. Altura uterina (útero grávido, contraído, no contraído, hipotónico)	23	76.7%	7	23.3%	30	100.0%
12. Dinámica uterina (presente, ausente)	23	76.7%	7	23.3%	30	100.0%

FUENTE: HOJA DE REGISTRO DE VALORACION CLINICA

ANEXO K

“CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA SEGÚN ESTRUCTURA Y CONTENIDO QUE REALIZA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS DE LA MUJER. HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO “SAN BARTOLOME” LIMA – PERÚ 2012

ITEMS	ACEPTABLE		POR MEJORAR		TOTAL	
ESTRUCTURA:	N°	%	N°	%	N°	%
1. Nombres del paciente.	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
2. Apellidos del paciente	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
3. Historia clínica del paciente.	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
4. Número de cama del paciente.	16	53.3%	14	46.7%	30	100.0%
5. Fecha de los registros de enfermería.	23	76.7%	7	23.3%	30	100.0%
6. Hora de los registros de enfermería.	16	53.3%	14	46.7%	30	100.0%
7. Escribe en forma legible	21	70.0%	9	30.0%	30	100.0%
8. Uso lapicero de acuerdo al turno diurno (azul)	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
9. Uso lapicero de acuerdo al turno noche (rojo).	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
10. los registros están en orden cronológico	29	96.7%	1	3.3%	30	100.0%
11. Se encuentran errores de ortografía.	26	86.7%	4	13.3%	30	100.0%
12. Los párrafos son continuos.	20	66.7%	10	33.3%	30	100.0%
13. Hay espacios en blanco entre anotaciones.	17	56.7%	13	43.3%	30	100.0%
14. En caso de utilizar abreviaturas o incluyendo sólo las estandarizadas.	6	20.0%	24	80.0%	30	100.0%
15. La expresión gramatical es adecuada y usa terminología médica.	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
16. Los registros son completos	28	93.3%	2	6.7%	30	100.0%
17. Se encuentra enmendaduras y/o borrones	2	6.7%	28	93.3%	30	100.0%
18. El registro es exacto, las horas son de las 0:00 a las 24:00 horas.	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
19. Se encuentra el sello y firma de la enfermera asistencial de turno.	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
20. Utiliza los formatos adecuados para los registros (hojas de notas de enfermería).	28	93.3%	2	6.7%	30	100.0%
CONTENIDO	N°	%	N°	%	N°	%
1. Se realiza una anotación de enfermería al iniciar el turno para evaluar las necesidades del paciente.	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
2. Los registros reflejan aspectos psicológicos, emocionales, físicos de los pacientes.	13	43.3%	17	56.7%	30	100.0%
3. Registra los diagnósticos establecidos en la NANDA.	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
4. Los registros de enfermería son notas descriptivas.	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
5. Realiza el plan de cuidados de enfermería	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
6. Se registran las reacciones adversas a los	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%

ITEMS	ACEPTABLE		POR MEJORAR		TOTAL	
medicamentos.						
7. Los acontecimientos críticos son registrados y detallados	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
8. Las notas reflejan con claridad el estado de salud del paciente	24	80.0%	6	20.0%	30	100.0%
Se describen las actividades realizadas en relación a:						
9. La higiene y movilización del paciente.	15	50.0%	15	50.0%	30	100.0%
10. Protección de las vías respiratorias.	23	76.7%	7	23.3%	30	100.0%
11. Nutrición.	20	66.7%	10	33.3%	30	100.0%
12. Eliminación vesical e intestinal.	28	93.3%	2	6.7%	30	100.0%
13. Administración de tratamiento indicado.	22	73.3%	8	26.7%	30	100.0%
14. Procedimientos especiales realizados al paciente.	20	66.7%	10	33.3%	30	100.0%
15. Registra las condiciones en la que el paciente se encuentra al finalizar el turno	20	66.7%	10	33.3%	30	100.0%
16. Se describen las funciones vitales al finalizar el turno.	19	63.3%	11	36.7%	30	100.0%
17. Se describen el estado de conciencia del paciente.	19	63.3%	11	36.7%	30	100.0%
18. Indica si se retiro algún dispositivo durante el turno.	26	86.7%	4	13.3%	30	100.0%
19. Describe si está pendiente la realización de algún examen o procedimiento.	19	63.3%	11	36.7%	30	100.0%
20. los registros suministran información para la evaluación de protocolos de actuación	26	86.7%	4	13.3%	30	100.0%
21. La información registrada es objetiva.	22	73.3%	8	26.7%	30	100.0%

FUENTE: HOJA DE REGISTRO DE CALIDAD DE REGISTROS DE ENFERMERIA